ROK IV WARSZAWA 1930 SIERPIEŃ ZESZYT VIII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

O sercu sportowców.

PODAŁA
ELEONORA REICHER.

W miarę wzrastania w latach ostatnich zainteresowania ćwiczeniami cielesnemi, jako metodą nietylko wychowawczą, ale w wysokim stopniu kształtującą rozwój fizyczny jednostki, obudziło się i zainteresowanie sfer lekarskich w stosunku do działania pracy fizycznej na ustrój ludzki. Ćwiczenia cielesne, które w większości przypadków są także pracą fizyczną, wchodzą w dziedzinę badań fizjopatologicznych, mających na celu dociekanie, jaką drogą ustrój przystosowuje się do wzmożonych wymagań pracy i jakie są zmiany fizjologiczne i patologiczne, które pod jej działaniem powstają.

Badania działania pracy na ustrój można podzielić na dwie wielkie grupy badań, mających na celu określanie działania pracy zawodowej, których na tem miejscu poruszać nie będę, i badań których dziedziną są ćwiczenia cielesne czyli, jak się wyrażano, także praca, ale w szacie radości.

Działanie pracy zastosowanej w formie ćwiczeń cielesnych może być jednak bardzo różne zależnie od tego jakie ćwiczenia będą stosowane. Stopień oddziaływania ćwiczeń cielesnych zależy przedewszystkiem od ilości pracy i od wydatku siły jakiej ona wymaga, niezależnie od szczegółów i trudności wykonania. Z tego założenia wychodząc niejedno pozornie trudne ćwiczenie gimnastyczne może mniej oddziaływać na ustrój niż ćwiczenie pozornie proste i wymagające na pierwszy rzut oka mniejszego wydatku siły. Jeżeli porównać pracę dziewczynki, skaczącej przez skakankę np. 60 razy na minutę, to jeżeli za każdym skokiem unosi się ona tylko na 10 cm. praca jej będzie się równała pracy atlety, wspinającego się w ciągu minuty na 6 metrów wysokości. I dziewczynka i atleta wznoszą w tym samym czasie ciężar swego ciała na tą samą wysokość, jednakowoż dziewczynka wykonuje w tym samym czasie pracę pozornie lekką. W istocie wyczyn jej jest w tym tempie ciężkim wyczynem szybko-

ściowym. W przykładzie tym podanym przez *Lagranga* spotykamy drugi czynnik warunkujący rodzaj i działanie ćwiczenia, to jest czas w jakim ono zostaje wykonane.

Poza temi dwoma pierwszorzędnemi czynnikami, określającemi rodzaj pracy, mianowicie poza siłą i czasem, niezmiernie ważny jest mechanizm samej pracy. Nie jest obojętnem po pierwsze, czy praca odbywa się w warunkach, wymagających znacznego wysiłku, co prowadzi do powstania wzmożonego parcia wewnątrz klatki piersiowej (warunki doświadczenia *Valsalvy*) i pociąga za sobą jak wiadomo zmiany warunków krążenia wywołując znaczne obciążenie serca i t.d., po drugie nie jest obojętne, czy ruchy konieczne do wykonania ćwiczeń są złożone, wymagające wielkiego napięcia uwagi, wreszcie po trzecie nie jest także obojętne, jakie części ciała wykonywują ruchy. Zależnie od tych wszystkich czynników, a właściwie od tego, jakie czynniki w danem ćwiczeniu przeważają, odróżnia się następujące rodzaje ćwiczeń:

1. Ćwiczenia siły
2. „ szybkości
3. „ trwałe
4. „ zręczności

W przeważającej ilości ćwiczeń łączą się jednakże te poszczególne cechy, charakteryzujące poszczególne ćwiczenia, i charakter ćwiczeń zależy od sposobu w jaki ćwiczenie zostaje zastosowane. Jedno ćwiczenie np. wiosłowanie lub bieg, może być ćwiczeniem siły i szybkości lub ćwiczeniem trwałem, zależnie od tego czy będzie uprawiane jako wiosłowanie turystyczne czy regatowe, jako bieg krótkodystansowy czy bieg długo dystansowy.

Ćwiczenia siły, których typowym przedstawicielem jest podnoszenie ciężarów i walka francuska, obarczają liczne mięśnie pracą bardzo intensywną. Dobrze rozwinięta masa mięśniowa jest w tych ćwiczeniach warunkiem dobrych wyników i zwycięztwa. Równocześnie ćwiczenia te jak żadne inne wpływają na rozwój mięśni. Skurcze mięśni są przy tych ćwiczeniach raczej wolne, czasami wielkie napięcie siły występuje przy zupełnym bezruchu, dość wspomnieć na pewne momenty walki francuskiej. Dobre ukrwienie pracujących mięśni wywołuje u ludzi uprawiających ten rodzaj ćwiczeń przerost muskulatury, przyczem mięśnie przybierają kształt raczej gruby a krótki.

Przy pracy tego rodzaju odpływ krwi do serca jest utrudniony w czasie pracy, natomiast po ustaniu pracy napływa krew do serca we większej ilości. Powstają więc w czasie wykonywania tych ćwiczeń warunki podobne do warunków doświadczenia *Valsalv'y* t. j. wytwarza się wzmożone ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej. Dodatnią stroną ćwiczeń siły jest, że stosunkowo mało oddziaływują na ośrodkowy system nerwowy i u przedstawicieli tego rodzaju sportów raczej rzadko spotyka się ową nadmierną pobudliwość nerwową z jej częstemi, przykremi objawami, szybkiem męczeniem się, brakiem apetytu, nadmierną pobudliwością nerwową, tak często stwierdzaną u przedstawicieli następnej grupy wyczynów szybkościowych. Przy ćwiczeniach szybkościowych, praca zależy od czasu w jakim zostaje wykonana. Zależnie od tego odróżnia się ćwiczenia szybkościowe, wykonane z możliwie dużą szybkością w krótkim przeciągu czasu np. bieg na sto metrów i ćwiczenia trwałe, w których pewien wysiłek wykonywany jest przez dłuższy przeciąg czasu. Przy ćwiczeniach szybkościowych właściwych t. j. takich, w których ruch wykonany jest w możliwie krótkim czasie np. w biegu na 100 lub 400 m., ruchy mięśniowe występują szybko po sobie. Suma pracy przy ćwiczeniach szybkości może być tą samą co przy ćwiczeniach siły z tą różnicą, że przy ćwiczeniach szybkości poszczególny ruch nie wymaga wielkiego wysiłku, natomiast występuje pewna kumulacja pracy w jednostce czasu. Z tego też względu wyczyny szybkościowe np. bieg na 100 m., a w szczególności bieg na 400 m, należą do najcięższych wysiłków, które, podobnie jak i wyczyny wymagające głównie siły, pobudzają najważniejsze czynności ustrojowe, krążenie i oddychanie. W przeciwieństwie do wyczynów, wymagających głównie siły, warunki doświadczenia *Valsalvy* występują w znacznie mniejszym stopniu przy wyczynach szybkościowych, natomiast te ostatnie stawiają większe wymagania do woli i wytrzymałości ćwiczącego. Sam charakter tych ćwiczeń, wymagających szybkiej reakcji, szybkiej odpowiedzi mięśnia na podrażnienie czyni, że nie nadają się one dla wszystkich. Naogół już z natury swej ludzie uprawiający ćwiczenia szybkościowe są to ludzie ner-

wowi, pobudliwi, reagujący szybko na bodźce u których czas stracony mięśnia jest możliwie mały. U tych ludzi nerwowych samo ćwiczenie pobudza wrodzoną wrażliwość nerwową i zwiększa wydatkowanie energji nerwowej w czasie ćwiczenia. W czasie spoczynku, który jest podwójnie potrzebny, gdyż sprinterzy wydatkują energję nerwową i fizyczną, procesy reperacyjne są często niewystarczające, gdyż wzmożona pobudliwość nerwowa zdradza się to brakiem snu, to znowu brakiem apetytu, zaburzeniami które upośledzają stan odżywienia ustroju. Dlatego też ludzie uprawiający ćwiczenia szybkościowe to ludzie szczupli, nerwowi, którzy wymagają szczególnej opieki.

Ćwiczenia trwałe nie wymagają w jednostce czasu zbyt wielkiego wysiłku, to też mięśnie ludzi uprawiających ćwiczenia trwałe są smukłe i wiotkie. Jak twierdzi *Lagrange* w ćwiczeniach siły występuje nagromadzenie pracy, ponieważ każdy wysiłek jest bardzo ciężki, w ćwiczeniach szybkości pomnożenie pracy, ponieważ wysiłek powtarza się z wielką szybkością, natomiast w ćwiczeniach trwałych występuje rozdrobnienie pracy, ponieważ poszczególny wysiłek w jednostce czasu nie jest bardzo ciężki i nie przekracza sił jednostki, a intensywność jego zależy jedynie od czasu w jakim się powtarza i zostaje wykonany. Z tego też względu ćwiczenia stałe można zastosowywać i u osób wątłych. Korzystną cechą ćwiczeń trwałych jest, że nie doprowadzają one do powstania warunków doświadczenia *Valsalvy*. Zależnie jednak od sposobu zastosowania mogą ćwiczenia trwałe być równocześnie ćwiczeniami siły np. wiosłowanie turystyczne jest ćwiczeniem trwałem, wiosłowanie regatowe ćwiczeniem siły i szybkości, spacer zwykły jest ćwiczeniem trwałem, spacer pod górę ćwiczeniem siły. Widać z tego, że charakter różnych ćwiczeń jest najczęściej złożony, że przy jednym i tym samym ćwiczeniu może być wymagana siła i zręczność jak np. przy rzucie dyskiem i kulą, przy innych znowu zręczność, szybkość i siła, jak przy biegach krótkodystansowych. Oczywiście, że ćwiczenie będzie tem trudniejsze, im bardziej złożonych właściwości wymaga od ustroju ćwiczącego. Ćwiczenia zręczności nie wymagają siły, ale dzięki temu, że przy ich wykonywaniu niezbędne jest zupełne opanowanie ruchu i gestu oraz, że praca musi być opanowana i ekonomiczna, co się daje osiągnąć tylko przez opanowanie ruchów mimowolnych, są one doskonałym środkiem wyszkolenia układu nerwowego, nie wywierają jednak żadnego specjalnego wpływu na narząd krążenia i oddychania.

Przy wszystkich ćwiczeniach, które mają głównie charakter statyczny, a więc przy pewnych formach gimnastyki na przyrządach, (np. zwisy) przy podnoszeniu ciężarów, przy pewnych momentach w turystyce wysokogórskiej, tak podobnych do podnoszenia ciężarów i do zwisów, gdy wisząc na rękach podnosi się ciężar ciała w górę i t. d. w chwili największego wysiłku występują pewne zmiany oddychania, które zaznaczają się bardzo wyraźnie na krążeniu.

W czasie tych ćwiczeń, w których obarczone są głównie mięśnie ramion i tułowia w chwili największego natężenia pracy mięśniowej występuje głęboki wdech i zamyka się głośnia. W tym momencie klatka piersiowa jest uwypuklona, żebra wzniesione, równocześnie jednak występuje skurcz mięśni brzusznych, skurcz wydechowych mięśni klatki piersiowej, przepona podnosi się. Klatka piersiowa rozszerza się w całości i wypełnia się powietrzem, które z powodu zamknięcia głośni nie znajduje ujścia na zewnątrz, pomimo iż pozostaje pod większem ciśnieniem wewnątrz klatki piersiowej, działającem także i na serce i na wielkie pnie naczyniowe. Skutek tych skojarzonych skurczów mięśniowych jest taki, iż przeciwdziałająca sobie siła mięśni wdechowych i wydechowych przy równoczesnem zamknięciu głośni utrwala w miejscu klatkę piersiową, która staje się w ten sposób stałym punktem oparcia dla ramion. Ponieważ większość mięśni ramion umocowana jest na łopatce, przy pracy koniecznym się staje znalezienie stałego punktu oparcia dla pasa barkowego. Staje się to z powodu skurczu mięśni równoległobocznych i zębatych, które przyciągają łopatkę w sposób już opisany. W tych warunkach powstaje wewnątrz klatki piersiowej wzmożone ciśnienie, które można zmierzyć, jeżeli się podczas wysiłku nie zamknie głośni, ale będzie wydychać do manometru. Czasami manometr wykazuje w takich chwilach bardzo wysokie ciśnienie i im większy jest wysiłek pracy, tem większe może być ciśnienie w manometrze. Stan

taki działa w znacznym stopniu na duże i małe krążenie. W chwili rozpoczęcia wysiłku, to jest w chwili wdechu, występuje większy dopływ krwi do krążenia płucnego, zwiększyć się także może dopływ krwi do lewego serca oraz ciśnienie krwi.

Natomiast w następnym okresie wzmożonego ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej zahamowany jest odpływ krwi z wielkich pni żylnych do prawego serca, dopływ krwi do lewej komory jest zmniejszony. Krążenie obwodowe opaść może z tej przyczyny tak znacznie, iż nietylko zmniejszyć się może znacznie ciśnienie krwi, ale z powodu anemizacji mózgu wystąpić mogą objawy zapaści. Badania *Burgera* wykazały, że u ludzi zdrowych w chwili wzmożonego ciśnienia śródpiersiowego występuje nieznaczny spadek ciśnienia skurczowego, u osób o budowie astenicznej, szczególniej mających serce małe, spadek ten jest bardzo wybitny i dojść może do 70—80 mm Hg. W przypadkach tych tętno staje się ledwo macalne. U osób, których serce jest przerośnięte obniżenie ciśnienia jest nieznaczne. We własnych badaniach nad działaniem warunków doświadczenia *Valsalvy* na wielkość fali tętna i na pracę tętna również wykazałam, że u dość dużej ilości badanych osób objętość fali tętna zmniejsza się znacznie jako wyraz zmniejszonego dopływu krwi do lewego serca i że nawet w następstwie tego stanu rzeczy wystąpić mogą objawy zaburzeń krążenia w postaci drgawek klonicznych. Ważnem jest także spostrzeżenie uczynione również zapomocą metody bolometrycznej, iż z chwilą powrotu do prawidłowego sposobu oddychania powiększa się fala tętna, co jest znowu wyrazem wzmożonego dopływu krwi do serca, krwi, która poprzednio przy powiększonem ciśnieniu śródpiersiowem zatrzymana była w wielkich pniach żylnych. Spostrzeżenie to tłomaczy pewne zmiany stałe serca, w szczególności powiększenia prawej komory, które można spostrzegać u osób uprawiających często i z zamiłowaniem ćwiczenia cielesne, połączone z występowaniem wzmożonego ciśnienia śródpiersiowego, jak np. gimnastyka na przyrządach, pływanie i inne. W ostatnich latach zastosowano warunki doświadczenia *Valsalvy* do badania czynnościowego serca, badania, które miało wykazać, czy stwierdzone powiększenie serca wywołane jest przerostem czy rozszerzeniem. Serce powiększone głównie z powodu przerostu pod wzmożonem ciśnieniem śródpiersiowem nie zmienia swego kształtu, natomiast serce głównie rozszerzone wyraźnie się zmniejsza, również ma się zmniejszać w tych warunkach serce małe i wiotkie. Z badań własnych zdaje się jednak wynikać, iż nie można określić pewnej typu reakcji serca dużego lub małego na doświadczenie *Valsalvy*. Oddziaływanie to jest wielkością indywidualną zależną nietylko od wielkości i od kształtu, ale i od stopnia napięcia i od siły mięśnia sercowego, przyczem jest zrozumiałem, że naogół serca małe, a także serca o ścianach wiotkich gorzej muszą reagować na wzmożone ciśnienie śródpiersiowe.

Znaczenie badania reakcji serca na obciążenie próbą parcia lub inaczej mówiąc próbą *Valsalvy* jest znaczne. Nie mówiąc już o ćwiczeniach statycznych i wiele innych ćwiczeń odbywa się w tych warunkach. Należą do tego krótkie biegi, odbywające się często w okresie jednego wdechu, rzuty kulą i dyskiem, skoki o tyczce i t.d. We wszystkich tych ćwiczeniach moment największego wydatkowania siły, a więc chwila wyrzutu kuli lub dyska, chwila skoku odbywa się w warunkach doświadczenia *Valsalvy* przy utrwalonej klatce piersiowej. Zła reakcja serca na wzmożone ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej może wywołać omdlenie czy zamroczenie, które w tych warunkach może mieć ciężkie, nie dające się obliczyć następstwa. Jeżeli zamroczenie świadomości wystąpi w chwili wykonywania ćwiczenia, np. w chwili skoku o tyczce, w chwili wspinania się w górę, może ono być przyczyną kalectwa, a nawet śmierci. Przypuszczają także, że wiele przypadków niewytłumaczonej nagłej śmierci podczas pływania lub nurkowania stoi w zależności od złej reakcji serca na wzmożone ciśnienie śródpiersiowe, które powstać może przy ruchach pływackich, szczególnie jeżeli pływak niedostatecznie nad swemi ruchami panuje. Oczywiście, iż lepiej jest stwierdzić zachowanie się serca przy wzmożonem ciśnieniu śródpiersiowem w czasie badania w pracowni, nawet jeżeli przytem badany będzie miał niemiłe odczucia, a nawet jeżeli wystąpi zapaść, niż narazić go na podobną reakcję lecz w stokrotnie cięższych i niebezpieczniejszych warunkach w czasie wykonywania ćwiczenia.

Jak widać z tego same warunki me-

chaniczne w jakich ćwiczenie jest wykonywane wpływa w dużym stopniu na sposób oddziaływania ćwiczeń w stosunku do narządu krążenia, w szczególności w stosunku do serca. Bezporównania większe jest jednak ich oddziaływanie dzięki temu, że ćwiczenia cielesne, jak każda praca fizyczna, są bodźcem pobudzającym najpotężniej procesy oksydacyjne ustroju. Każdy choćby nieznaczny ruch fizyczny powiększa niezmierne zużycie tlenu i wydzielanie kwasu węglowego, równocześnie zwiększa się wentylacją płucna i szybkość obiegu krwi. Liczne wykonane w tym kierunku badania przez *Zuntza, Löwy'ego Mullera, Caspariego, Liljestranda, Stenströma, Lindharda, Duriga* i wielu innych wykazały znaczne wzmożenie procesów oksydacyjnych w czasie uprawiania ćwiczeń sportowych. Badania te wykazały między innemi, że pływanie, biegi narciarskie, wiosłowanie etc są ćwiczeniami najenergiczniej pobudzającemi wymianę gazową ustroju, Równocześnie jednakże stwierdzono i działanie przystosowania się ustroju do uprawianych ćwiczeń, gdyż, w miarę tego jak przy uprawianiu tego samego ćwiczenia zjawia się większa zręczność przez ograniczenie ruchów mięśniowych i wyłączenie ruchów niepotrzebnych, zmniejsza się zużycie tlenu i powstaje stan zaprawy. Jest to okres w którym ustrój doprowadzony jest do najwyższej wydajności pracy przy minimalnym zużyciu tlenu. Dlatego też przy wyczynach sportowych najmniejsze zużycie tlenu przy ćwiczeniach jest wyrazem najwyższej formy.

Większe zużycie tlenu przez pracujący ustrój jest ostateczną przyczyną wielkiego obarczenia serca przy pracy fizycznej. Nadmiar zapotrzebowania tlenu przez pracujące mięśnie jest pokryty większą pracą oddechową, ale serce jest motorem centralnym, któremu przypada w udziale pokrycie deficytu tlenowego w tkankach przez szybsze dostarczenie im większej ilości krwi, która ten deficyt tlenowy pokrywa. Od działania serca zależy także usuwanie powstałych w czasie pracy szkodliwych i zbędnych produktów wzmożonej przemiany materji. Większe obarczenie serca w czasie pracy fizycznej wyraża się większą szybkością obiegu krwi, większą częstością tętna, wyższym ciśnieniem krwi i wreszcie większą minutową objętością serca czyli większą ilością krwi, którą serce w ciągu minuty wyrzuca do krążenia.

Przyczyny tych wszystkich zmian, w których współdziałają ze sobą złożone mechanizmy nerwowe, humoralne, fizyczne i fizykochemiczne, są złożone i ich istota jeszcze nie jest całkowicie wyświetlona. Same przyczyny przyspieszenia częstości tętna przy pracy nie są jednolite. Na początku pracy mają działać podniety pochodzące z kory mózgowej, które hamują nerw błędny, a podrażniają nerw współczulny. Wieksze napięcie nerwu współczulnego drogą nadnerczy prowadzi do większego wytrząsania adrenaliny do krwi, równocześnie na podwyższenie częstości tętna działa i wyższa w czasie pracy temperatura ciała.

Przyczyny podwyższenia ciśnienia krwi są również złożone. Działa tu przedewszystkiem wzmożony opór z powodu skurczu naczyń, tak żył jak i tętnic w dziedzinie nerwów trzewnych, występujący przy pracy mięśniowej, przyczynia się podniesienie minutowej objętości serca, a także może i zwiększone wydzielanie adrenaliny do krwi. Możliwe jest również, że duże znaczenie posiadają i czynniki nerwowe, często bowiem u osób, u których stwierdza się w zupełnym spokoju nizkie skurczowe ciśnienie przy podrażnieniu nerwowem się ono podnosi, np. u sportowców przed zawodami. Jak dalece podnosi się minutowa objętość serca po ćwiczeniu wykazują badania *Krogha, Lindharda, Liljestranda, Colletta, Hendersona, Haggarda* i wielu innych, którzy wykazali, że po intensywnych ćwiczeniach występuje bardzo znaczne powiększenie minutowej objętości serca, która może się stać wielokrotnie większą jak w spokoju. Przy tem ponieważ minutowa objętość podnosi się znacznie więcej jak częstość tętna, zwiększyć się może również znacznie i objętość poszczególnej fali. W szczególności przy pływaniu i przy wiosłowaniu stwierdzili *Liljestrand i Lindhard* większą minutową objętość serca, jak przy innych ćwiczeniach. Ponieważ oba te sporty należą do sportów ciężkich, które najbardziej pobudzają przemianę gazową, już z tego widać jak dalece stopień napięcia pracy i większej przemiany gazowej obarcza czynności serca. Ale tak samo jak przystosowanie się ustroju do pracy zmniejsza przemianę gazową, tak samo i przy odpowiedniej zaprawie zmniejsza się minutowa objętość serca przy wykonywaniu tego samego ćwiczenia. Natomiast w spokoju u ludzi

trenujących minutowa objętość serca jest stale powiększona jako wyraz przystosowania się krążenia do większych wysiłków.

Wzmożone krążenie nie mogłoby pokryć potrzeb ustroju w czasie pracy, gdyby mu nie sprzyjały mechanizmy obwodowe. Duże znaczenie posiada w tym kierunku lepsze wyzyskanie tlenu przez ustrój pracujący. U osób wytrenowanych to lepsze wyzyskanie tlenu przy pracy jest objawem stałym, utrzymującym się i po wysiłku i dlatego prawdopodobnie ludzie wytrenowani pokonywują większą pracę z mniejszym wysiłkiem, z mniejszem przyspieszeniem częstości tętna i z mniejszem powiększeniem minutowej objętości serca, niż ludzie niewytrenowani. Mechanizmy ułatwiające lepsze zużycie tlenu są również bardzo złożone. Dużą rolę odgrywa powiększenie się powierzchni oddającej tlen, gdyż jak wykazał *Krogh* w pracujących mięśniach nietylko się rozszerzają naczynia włosowate, ale i otwierają się nowe, normalnie zamknięte, naczynia włosowate. Ogromne powiększenie powierzchni oddającej tlen sprzyja lepszemu zużytkowaniu tlenu nietylko przez powiększenie powierzchni kontaktu między krwią a tkankami, ale także i przez to, że dzięki rozszerzeniu łożyska zwalnia się krążenie, co przedłuża kontakt między krwią a tkankami. Oprócz tego mechanicznego czynnika, ułatwiającego lepsze oddawanie tlenu, działają także i czynniki natury fizykochemicznej. Uciążliwa praca wywołuje pewne przesunięcie oddziaływania krwi w kierunku strony kwaśnej. Zmiany te powstające w czasie pracy, dające pewną przewagę jonom wodorowym, przyspieszają rozpad drobiny oksyhemoglobiny, co szczególne może mieć znaczenie dla pracującego mięśnia, w którym powstaje kwas mlekowy i kwas węglowy. Pozatem na łatwiejszą dyssocjację oksyhemoglobiny wpływa i większa ciepłota ciała, gdyż nawet nieznaczne podwyższenie ciepłoty zmniejsza zdolność wiązania tlenu przez krew.

Różnorodność zmian, które w czasie pracy wpływają na krążenie i zdolność przystosowania się krążenia do tych nowych i coraz to zmiennych warunków życia, jest może jedną z najbardziej zdumiewających właściwości ustroju ludzkiego. Pierwszym siedliskiem tych zmian jest centralny narząd krążenia — serce. Liczni badacze dawno już zwracali uwagę na kształt i wielkość serca nietylko u ludzi pracujących ciężko fizycznie, ale i u zwierząt. W końcu 18 wieku znaleziono, że serca zwierząt żyjących dziko, a więc używających więcej ruchu są cięższe od serc zwierząt oswojonych. Najcięższe serce wśród ssaków ma sarna, zwierzę najbardziej płochliwe a wogóle wśród kręgowców najcięższe serca mają mieć ptaki, a między nimi te, które najlepiej fruwają i najpiękniej śpiewają. Wynika z tego, że rozwój masy serca idzie równolegle w stosunku do tych właściwości, które wymagają rozwoju muskulatury. Dlatego też i u ludzi waga ciała ma o tyle wpływać na wagę serca, o ile rozwinięte są mięśnie. Przy jednakowej wadze ciała serce muskularnego mężczyzny ma więcej ważyć od serca kobiety ze słabo rozwiniętemi mięśniami; rzeźnicy, kowale, atleci mają mieć cięższe serca, niż ludzie z zawodów, nie wymagających ciężkiej pracy fizycznej.

Właściwość serca, która pozwala mu powiększać się w stosunku do ogólnego powiększania się masy mięśniowej wynika z kardynalnej życiowej właściwości mięśnia sercowego, ze zdolności przystosowania się. To przystosowanie jest ciągłe, zależne od zmiennych warunków życia i dlatego właściwie kształt i wielkość serca nie są wartościami stałemi lecz zmiennemi, które wykazują wahania zależnie od wypełnienia serca przedewszystkiem, ale na które wpływa również i położenie ciała. Zrozumiałem jest wobec tego, że i praca wpływa bezpośrednio na wielkość serca. Wprawdzie działanie pracy na wielkość serca w okresie samej pracy nie jest dokładnie stwierdzone, gdyż wykonane w tym kierunku badania dały wyniki niejednolite, natomiast wyraźniejsze i dokładniej zbadane są zmiany wielkości serca po pracy. Naogół w badaniach tych stwierdzono zmniejszanie się serca bezpośrednio po wysiłkach krótkich, po dłuższych i cięższych wysiłkach ma występować rozszerzenie serca. Im lepsza jest sprawność czynnościowa serca, tem silniej kurczy się ono przy obarczaniu pracą i dlatego zmniejszanie się serca po pracy jest dowodem jego wydolności. Jest to zresztą objaw częsty, który należałoby zaliczyć do sprawdzianów prawidłowej czynności serca. Natomiast występujące przy dłuższej pracy rozszerzenie serca można tylko tłomaczyć jego znużeniem.

W ostatnich czasach wielkiego rozwoju sportu szczególnie aktualne stało się za-

gadnienie oddziaływania poszczególnych sportów na wielkość serca. Zagadnienie to wywołało gorącą dyskusję w której jedni twierdzą, że ćwiczenia sportowe, jak każda praca fizyczna, muszą wywołać drogą fizjologiczną wyraźne powiększenie serca, inni natomiast znajdują, że każde wyraźniejsze powiększenie serca jest wyrazem jego rozszerzenia, wywołanego czy to zmęczeniem mięśnia sercowego, jego osłabieniem czy też zmianami natury patologicznej, tkwiącemi w samem mięśniu sercowym, a będącemi pozostałościami przebytych spraw infekcyjnych czy też wpływów natury toksycznej. Bardzo liczne badania zostały wykonane przez licznych badaczów w celu stwierdzenia działania poszczególnych sportów na wielkość serca u ludzi zupełnie zdrowych. Największe znaczenie posiadały tutaj przedewszystkiem te badania, w których wielkość serca oznaczono na licznym i dobranym materjale sportowców, uprawiających od dłuższego czasu ćwiczenia sportowe i uchodzących za wybitne jednostki w swej dziedzinie. Wyniki tych badań zdają się przemawiać za tem, że istotnie pod wpływem ćwiczeń sportowych występuje powiększenie serca. Jeżeli chodzi o działanie poszczególnych ćwiczeń to najznaczniejsze powiększenie serca stwierdzono u narciarzy, dalej szli w kolejnym porządku wioślarze, kolarze, pływacy, atleci, i turyści. Względnie nieznaczne powiększenie serca mieli lekkoatleci, gracze w piłkę nożną, ciężko atleci, prawie niezmienione miały być serca bokserów. W badaniach własnych, których wyniki ogłoszone są w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, wykazałam również, że serca ludzi wytrenowanych, tak mężczyzn jak i kobiet, są naogól nieco, choć niezbyt znacznie, powiększone w stosunku do serc osób niewytrenowanych. Za wyraźnym działaniem intensywnie uprawianych ćwiczeń na wielkość serca przemawia dalej i następne spostrzeżenie, które wykazuje, że u rekordzistów, tak kobiet jak i mężczyzn, a więc u osób, które wyłącznie z dużym nakładem czasu uprawiają pewne określone ćwiczenia sportowe, wymiary serca są większe, jak w grupach osób nieuprawiających wcale ćwiczeń cielesnych i w grupie osób wytrenowanych. Badania te wykazały również, że serca polaków i polek w zależności od wagi są nieco większe od podawanych zwykle jako liczby normalne wyników autorów niemieckich (*Haudek*, *Deutsch i Kauf*, *Otten*), co może mieć pewne znaczenie praktyczne przy ocenie prawidłowej wielkości serca. Jeżeli porównać wielkość serca w stosunku do wagi ciała, do wieku, do wzrostu, i do obwodu klatki piersiowej, to na wielkość serca zdaje się najwyraźniej wpływać waga ciała i objętość klatki piersiowej, albo mówiąc innemi słowy, wymiar poprzeczny serca wzrasta w stosunku do wzrastającej wagi ciała i do wzrastającego obwodu klatki piersiowej. Jednakże te powiększenia serca, które można uważać jako fizjologiczny wynik intensywnego ćwiczenia cielesnego nie są nigdy, jak wynika z tych wszystkich badań, bardzo znaczne. W stosunku do liczb, uznanych jako prawidłowe nie przekraczają one mniej więcej 1 cm. Według innych autorów powiększenie serca, o ile się je uważa jako fizjologiczne, przystosowanie, są jeszcze mniejsze i nie dochodzą do jednego centymetra, znaczniejsze powiększenia mają być wyrazem zmiany patologicznej. Wiadomą jest jednak rzeczą, że u sportowców spotyka się często znaczniejsze powiększenia serca i że niejednokrotnie przebiegają one z przykremi objawami, które wymagają pomocy lekarskiej. W tych przypadkach właśnie trudne, ale równocześnie ważne jest orzeczenie czy stwierdzone powiększenie serca jest objawem fizjologicznego powiększenia i przystosowania się serca do większego wysiłku, czy też powiększenie jest wynikiem rozszerzenia się serca z powodu jego osłabienia. Ocena wielkości serca w tych przypadkach nie jest łatwa, gdyż warunki, w których występuje powiększenie serca z powodu pracy są złożone i stoją ściśle w związku z przemianą materji ustroju w czasie pracy.

Wiadomo, że w czasie pracy wytwarza się w pracujących mięśniach kwas mlekowy, wytwarza się w tem większej ilości, im większa jest praca. Przy pracy lekkiej zostaje on spalony w miejscu swego powstania, jednakże jeżeli praca jest cięższa i więcej kwasu mlekowego się wytwarza, wtedy przedostaje się on do krwi i we krwi podnosi się jego poziom nieraz bardzo znacznie, przesuwając przy ciężkich wysiłkach reakcję krwi w kierunku strony kwaśnej. Wiadomo jest również, że większa część powstałego w czasie pracy kwasu mlekowego zamienia się znowu na glikogen, energji zaś do tej resyntezy dostarcza częściowe spalanie kwasu mlekowego. Naogół krótki, a ciężki wysiłek prowadzi do znaczniejszego powiększenia

*) Polskie Arch. Med. Wewn. T. VIII. Z. 2. W cyklu artykułów drukowanych w Polskim Arch. Med. Wewn. p. t. „O działaniu ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzi zdrowych i chorych“ jest to samo zagadnienie szerzej omówione oraz podana odnośna literatura.

kwasu mlekowego we krwi, jak wysiłek dłuższy a mniej uciążliwy. Do najwyższego swego poziomu we krwi dochodzi kwas mlekowy dopiero około 8 minut po wysiłkach krótkoterminowych. Innemi słowy największe ilości kwasu mlekowego we krwi spotyka się w okresie spoczynkowym, następującym po wysiłku W tym też okresie spala się pozostała po pracy reszta kwasu mlekowego i powstaje t. zw. dług tlenowy. Długiem tlenowym nazywa się większe zużycie tlenu po pracy, wywołane koniecznością spalania resztującego kwasu mlekowego, podczas kiedy ilość tlenu zużyta w czasie samej pracy, przy której spala się, wytwarzający się stale w czasie pracy kwas mlekowy, łącznie z ilością tlenu zużytą w czasie wypoczynku określa się jako t. zw. requierment. Na jedno i na drugie wpływa znacznie je zmniejszając dobra zaprawa badanego. W związku z temi zmianami przemiany materji, powstającemi przy pracy, posiada dla czynności serca duże znaczenie, iż zasób zasad, który spada w czasie pracy, stając się o tyle mniejszym, o ile wytwarza się więcej kwasu mlekowego, w spokoju u osób wytrenowanych jest stale powiększony. Objaw ten jest wyrazem zmienionej kondycji, czyli przystosowania się ustroju do warunków, w których jest zmuszony do częstego zobojętniania produktów kwaśnych, powstających w czasie pracy. Jako dalsze następstwo pracy mięśniowej stwierdza się ponadto powiększenie potasu we krwi Powiększenie to ma być przejściowe przy pracy, jednakże u osób wytrenowanych poziom potasu we krwi ma być i w spokoju znacznie większy, niż u osób niewytrenowanych. W świetle badań współczesnych nad działaniem jonów Ca i K na układ współczulny i układ nerwu błędnego tłomaczy to wiele objawów spotykanych u sportowców, w szczególności ich nerwowość oraz spotykane tak często objawy wzmożonej pobudliwości nerwu błędnego, które nie pozostają bez wpływu i na czynność serca. Wyrazem np. większego napięcia nerwu błędnego są tak często spotykane u sportowców objawy, jak wzmożony dermografizm, skurcze naczyniowe, często sine, zimne nogi i ręce, łatwość pocenia się, zaparcia skurczowe, nadkwaśność żołądka, skurcze oddźwiernika etc. Obok tych objawów uderza niejednokrotnie wolna akcja serca i nizkie ciśnienie krwi.

Serce t. zw. nerwu błędnego jest duże, wiotkie, leżące, o wiotkich i słabych skurczach. Dzięki tej wiotkości ścian poddaje się ono łatwo wzmożonemu ciśnieniu wewnątrz klatki piersiowej. Tony serca są w tych warunkach ciche i głuche, gdyż siła skurczu jest słabsza, wytwarzanie bodźców dla skurczów serca w węźle zatokowym jest rzadsze i dlatego powstaje wolniejsza akcja serca, wreszcie wszystkie te czynniki prowadzą do niższenia ciśnienia krwi. Wpływ powiększenia ilości potasu we krwi na serce najlepiej jest ilustrowany działaniem wapnia i potasu na serce izolowane. Wapń przedłuża skurcz serca, powiększa siłę skurczu, zwiększa tonus mięśnia sercowego i opóźnia wystąpienie rozkurczu. Pobudzające działanie wapnia na serce zostaje zniesione przez działanie potasu, który przedłuża okres rozkurczu, a więc sprzyja lepszemu wypełnieniu serca i wolniejszej jego czynności. Zmiany warunków przemiany materji w czasie pracy sprzyjają rozszerzeniu serca, gdyż i zakwaszenie występujące przy pracy, nadmiar kwasu węglowego we krwi, niedostateczny dopływ tlenu i wzruszenia psychiczne działają w tym samym kierunku, a przyczyniają się do tego także i mechaniczne warunki pracy serca. Jak wiadomo z fizjologji mięśnia szkieletowego energja jego skurczu jest tem większa, im mięsień jest dłuższy. To samo prawo odnosi się do serca. Według *Starlinga* energja z jaką włókno sercowe się kurczy zależy również od jego długości, czyli inaczej mówiąc, od stopnia rozszerzenia serca. Serce wydolne a obarczone pracą opróżnia się według *Starlinga* całkowicie i wtedy, gdy przypływ krwi do niego jest większy, a nawet gdy wzrośnie opór, który ono musi przezwyciężyć. Oczywiście jeżeli opór, jaki spotyka skurcz zdrowego serca jest zbyt duży, albo też kurczliwość serca jest uszkodzona, wtedy po skurczu pozostaje w nim pewna zaległość, która jest przyczyną rozszerzenia serca i wydłużenia jego włókien. Rozszerzenie i większy dopływ krwi pozwalają utrzymać skurczowy rzut krwi na odpowiednim poziomie, jednakże z pewnem uszczupleniem siły zapasowej serca. W tych warunkach serce przerasta z powodu rozszerzenia i lepszego wypełnienia krwią, co równocześnie jest przyczyną jego większej pracy, silniejszego skurczu i związanych z tem procesów większej przemiany. Serce zdrowe i silne zachowuje się w tych

warunkach podobnie do serca słabego, różnica między nimi będzie tylko ta, że serce zdrowe a nadmiernie obarczone pracą znacznie później zwiększy swą objętość, a więc później nadszarpnie swą siłę zapasową niż serce słabe, czyli, że serce zdrowe i silne znacznie później przerośnie niż serce słabe. Rozszerzenie bowiem serca jest miarą jego zmęczenia, a serce słabe znajduje się w położeniu serca zmęczonego. Posiada to duże znaczenie dla należytej oceny serca wybitnie ćwiczących sportowców, gdyż znaczniejsze powiększenie serca nawet wtedy, gdy pozostaje ono zupełnie wydolnem daje do myślenia, iż czerpie ono ze swej siły zapasowej i że przystosowanie nie jest tylko fizjologiczną reakcją. Z pewną więc rezerwą należy się zawsze odnosić do znaczniejszego powiększenia serca u osób uprawiających ćwiczenia sportowe, gdyż jak widać z poprzedzających wywodów tego rodzaju powiększenie jest wywolane nietylko przerostem więcej pracującego narządu, ale jest połączone z rozszerzeniem, będącem jakby wyrazem nadszarpnięcia siły zapasowej serca. Jednakże nawet powiększenie serca, nie wychodzące poza granice fizjologicznego przystosowania się do większej pracy, nie zawsze dowodzi, że serce takie jest bardziej wartościowe.

Klinika odnosi się z wielką nieufnością do wszelkich postaci przerostu serca i u wielu badaczy przeważa zdanie, że serce przerośnięte jest to zawsze serce upośledzone i pomimo doskonałego przystosowania ograniczone w swej wydolności. Przyczyny tego upośledzenia serca przerośniętego są bardzo różne. Stosunek powierzchni do masy w sercu przerośniętem jest niekorzystny, serce takie jest gorzej odżywiane, tem bardziej, że rozwój naczyń w sercu przerośniętem nie idzie równolegle do rozwoju mięśnia sercowego. Posiada to szczególne znaczenie jeżeli się uwzględni, że serce przerośnięte jest szczególniej wrażliwe na wszelkie zaburzenia w jego odżywianiu. Badania anatomiczne wykazały również, że wzrost układu nerwowego serca, szczególniej układu przedsionkowo komorowego, również nie idzie współmiernie z przerostem serca, co tłomaczy zaburzenia rytmu szczególniej występowanie skurczów dodatkowych, tak częste w przypadkach przerostu serca. Liczne są więc przyczyny, które mogą wywołać objawy patologiczne w sercach przerośniętych. Pomnąc na te zaburzenia nie można zapominać, że przerost serca powstaje szczególnie łatwo w wieku młodzieńczym i dlatego też w tym wieku koniecznem jest szczególnie ostrożne dawkowanie ćwiczeń cielesnych. Ostrożność ta jest wskazana głównie w tych przypadkach gdzie przerost serca był stwierdzony u innych osób tej samej rodziny, gdzie istnieje więc już pewna dyspozycja do powstania przerostu.

Rozszerzenia serca powstałe z powodu nadmiernego uprawiania ćwiczeń cielesnych cofają się dość szybko po odpowiednim wypoczynku. W tych też przypadkach, gdzie stwierdza się u sportowców objawy chorobowe ze strony narządu krążenia najlepszym środkiem leczniczym jest zastosowanie odpowiednich przerw wypoczynkowych ze szczególnem uwzględnieniem ogólnej hygieny życia. Właściwa trudność stanowi jednak stwierdzenie chwili, w której stan dobrego wytrenowania, zaprawy, i przystosowania się ustroju do wysiłku przechodzi w stan zmęczenia.

Do lekarza zwracają się często dwa typy sportowców. Jedni to ludzie nerwowi, pobudliwi choć o dobrze rozwiniętych mięśniach. Już w spokoju stwierdza się u nich znaczne przyspieszenie częstości tętna, ciśnienie skurczowe mają podwyższone. Po pracy przyspieszenie częstości tętna jest znacznie większe jak być powinno, ciśnienie krwi również podnosi się zbyt wysoko, po przerwaniu ćwiczenia tętno uspakaja się powoli. Jak wiadomo prawidłową reakcja tętna i ciśnienia krwi po ćwiczeniu próbnem stosowanem dla badania wydolności narządu krążenia (15 przysiadów wykonanych w ciągu 15 — 20 sek) wykazuje powrót częstości tętna do normy, stwierdzonej przed ćwiczeniem, w ciągu 1 do 3 minut, nieznaczne podwyższenie ciśnienia krwi nie przekraczające 10 — 20 mm Hg, czasami obniżenie ciśnienia rozkurczowego. Często osoby te mają najprzeróżniejsze dolegliwości wśród których przeważają skargi na kołatanie serca, uczucie bólu w okolicy serca, duszność, szybkię męczenie się przy ćwiczeniu, czasami brak apetytu, bezsenność, spadek wagi. Badanie kliniczne w tych przypadkach najczęściej poza wzmożoną pobudliwością nerwową, przyspieszoną,

gwałtowną akcją i głośnemi tonami serca żadnych zmian patologicznych nie wykazuje, czasami stwierdza się u podstawy serca szmery skurczowe o charakterze szmerów przypadkowych, w innych przypadkach występuje w pozycji leżącej szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną i wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą płucną jako wyraz czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej na tle osłabienia mięśni brodawkowatych. Są to najczęściej osoby, które uprawiały ćwiczenia sportowe w sposób niewspółmierny do swoich sił, najczęściej bez odpowiedniego i umiejętnego kierownictwa sportowego, bez odpowiedniej hygjeny życiowej, należytego wypoczynku i odżywiania, i u których na tle zmęczenia wystąpiły objawy chorobowe. W tych przypadkach konieczne jest przedewszystkiem zwrócenie uwagi na hygienę życia, unormowanie godzin snu, wypoczynku, zwrócenie uwagi na odżywianie i wreszcie co najważniejsza, po odpowiedniej przerwie wypoczynkowej w ćwiczeniach, udzielenie odpowiednich wskazówek co do rodzaju i sposobu w jaki należy ćwiczenia uprawiać. Nie wszystkie ćwiczenia i nie wszystkie sporty się dla wszystkich nadają, w szczególności jednakże, jeżeli chodzi o należyte wyzyskanie czynników zdrowotnie dodatnich, które łączą się z racjonalnie uprawianemi ćwiczeniami, konieczna jest ścisła współpraca lekarza z kierownictwem ćwiczeń cielesnych i sportowych. Świadczy to o dziwnem niezrozumieniu działania ćwiczeń sportowych jeżeli, jak to się dość często widzi, osoby wątłe i słabe, nerwowe, o słabo rozwiniętej klatce piersiowej, zostają włączane do osad regatowych albo uprawiają sporty ciężkie, które szczególnie przy niesprzyjających warunkach życia, jeszcze bardziej tą konstytucjonalną słabość ustroju uwydatnią. W tych warunkach fałszywe stosowanie i nieodpowiedni dobór rodzaju ćwiczeń i sportów w stosunku do potrzeb jednostki mogą przynieść tylko szkodę, podczas kiedy umiejętne zastosowanie ćwiczenia w tych samych warunkach może mieć działanie zbawienne przez to, że podniesie kondycję ustroju naturalnie słabego. Umiejętne stosowanie ćwiczeń sportowych musi być jednakże poprzedzone gruntownem klinicznem zbadaniem każdego ćwiczącego, musi się opierać na dokładnej anamnezie jego życia dotychczasowego ze szczególnem klinicznem uwzględnieniem przebytych chorób zakaźnych i musi się opierać na równie dokładnej znajomości właściwości i oddziaływania poszczególnych ćwiczeń cielesnych. Szczególnie karygodną wprost rzeczą jest lekceważenie przebytych chorób zakaźnych. Największe znaczenie z pośród chorób zakaźnych posiadają oczywiście takie cierpienia jak ostry gościec stawowy, szkarlatyna, błonica, angina. Jednakże nie można lekceważyć i pozornie banalnych infekcji, lekko przebiegających stanów gorączkowych o których u każdego ćwiczącego powinien wiedzieć lekarz klubowy i kierownik ćwiczeń w celu wskazania w tych przypadkach odpowiednich przerw w ćwiczeniach Ta ścisła kontrola lekarska jest równie potrzebna u osób stojących na wysokim poziomie zaprawy sportowej. Należą oni do drugiej kategorji sportowców szukających porady lekarskiej.

I u tych często atletycznie zbudowanych ludzi występują dolegliwości przedewszystkiem natury ogólnej Zjawia się uczucie szybkiego zmęczenia po ćwiczeniu, często występuje spadek wagi, znika apetyt i sen staje się gorszy, wreszcie występują tak jak w poprzednim przypadku dolegliwości ze strony serca. Czasami zjawiają się bóle w okolicy serca, czasami przykre uczucia przerw w czynności serca, chwilami występuje uczucie duszności. Towarzyszy temu stanowi niejednokrotnie przewlekłe zaparcia stolca, dolegliwości ze strony żołądka, jednakże objawem dominującym są dolegliwości sercowe. Badanie kliniczne wykazuje niejednokrotnie w tych przypadkach przy doskonałej budowie i wspaniale rozwiniętych mięśniach, świetnie rozwiniętej i ruchomej klatce piersiowej, mniejsze lub większe powiększenie serca. Często jednakże serce wyraźnie powiększone nie jest, ale uderzenie koniuszkowe jest podnoszące, zaokrąglone co mówi o przeroście serca, tony serca bywają głuche i ciche, drugi ton nad aortą jest często wyraźnie zaakcentowany, czasami metaliczny. W pewnych przypadkach stwierdza się stwardnienie tętnic obwodowych. Akcja serca jest powolna, nierzadkie są przypadki w których częstość tętna na minutę wynosi 44—60 uderzeń, ciśnienie krwi jest nizkie, liczba oddechów na minutę również jest zwolniona. Czasami osoby takie pocą się silnie, mają ręce i nogi zimne i sine, wreszcie pomimo doskonałej budowy są bardzo nerwowe.

Badanie czynnościowe tak jak w poprzednim przypadku wykazuje znaczniejsze niż należy przyśpieszenie tętna i znaczniejszy wzrost skurczowego ciśnienia krwi, szczególnie, jeżeli się uwzględni, że w spokoju i jedno i drugie jest mniejsze w stosunku do normy. W tych przypadkach dolegliwości chorobowe powstały na tle przystosowania się ustroju do wielkich wysiłków, przystosowania które jednak wykracza już poza granicę zmian fizjologicznych i wchodzi w dziedzinę patologji. I tutaj tak jak w poprzednim przypadku najodpowiedniejszym środkiem leczniczym pod którego działaniem znikają objawy chorobowe jest zastosowanie koniecznego wypoczynku, którego trwanie musi być o tyle dłuższe, o ile stwierdzone zmiany są poważniejsze. Po usunięciu przyczyny, która doprowadziła do zmian ogólnych i, zmian krążenia znika po krótszym czy dłuższym czasie, którego oczywiście szematycznie oznaczyć nie można, zwolnienie tętna a często i nadmierne obniżenie ciśnienia krwi, znikają subjektywne dolegliwości, a reakcja czynnościowa serca po ćwiczeniu staje się prawidłową. Zniknąć może także albo się przynajmniej zmniejszyć powiększenie serca jeżeli wywołane było rozszerzeniem z powodu zmęczenia. Bywa jednak i tak, że i po zastosowaniu należytego odpoczynku pozostaje powiększenie serca, a oczywiście pozostają i zmiany naczyniowe o ile były poprzednio stwierdzone. W tych przypadkach zmiany chorobowe ustroju, powstałe bezpośrednio pod działaniem ćwiczeń cielesnych, ale mając może swe głębsze podłoże we właściwościach konstytucyjnych, dziedzicznych i innych, wymagają, jeżeli chodzi o ćwiczenia cielesne, stosowania tego rodzaju ćwiczeń i sportów, któreby nietylko nie pogarszały, ale przeciwdziałały dalszemu rozwojowi objawów chorobowych. Wchodzi to już w dziedzinę leczniczego oddziaływania ćwiczeń cielesnych.

Résumé.

Eleonore Reicher. **Coeur des sportsmans.**

Dans ce travail - Doctoresse *Reicher* discute d'une manière détaillée le sujet d'un grand interêt actuel. D'abord elle prend en considération l'influence du sport en général sur le coeur, ensuite l'effet de ses divers genres en particulier. Elle pose la question, si les exercices sportives provoquent la dilatation seulement ou la vraie hypertrophie du coeur. L'auteur s' arrête plus longtemps sur cette question et nous donne le tableau clinique des altérations cardiaques dues aux sports.

Ensuite — Dr. *Reicher* récommande un contrôle médical continuel des sportsmans et exige qu'ils soient soumis à un examen qualificatif habile, minutieux et faisant l'attention spéciale sur l'anamnèze (maladies infectieuses). L'auteur exige aussi que l'opinion du médecin soit décisive en ce qui concerne le genre des exercices sportives, permises à un sujet donné.

Pour terminer, Dr *Reicher*-décrit les grandes lignes du traitement des altérations cardiaques ches les sportsmans.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Podstawy leczenia dyspepsyj. (Les bases de la thérapeutique des dyspepsies). P. Savy. *Le Journ. de méd. de Lyon. Nr. 242 1930.*

Autor omawia tylko te postaci zaburzeń żołądkowych pod nazwą dyspepsji, gdzie nie ma ani raka, ani wrzodu żołądka, bez względu na to, czy dane zaburzenia powstają na tle zapalenia błony śluzowej żołądka, czy też chodzi tu jedynie o zmiany czynnościowe. Autor podejmuje powiedzenie *Lasègue'a*, że dyspepsja ma miejsce tam, gdzie chory cierpi i skarży się. Istnieją dwa typy skarg w dyspepsji: 1) skargi na uczucie pełności, gniecenia w żołądku i 2) ból ostry, pieczenia, „uczucie kwasów w żołądku". Mylne jest, według autora, zapatrywanie, że typ pierwszy odpowiada brakowi kwasu solnego w żołądku i niedowładowi (atonji) żołądka, podczas gdy typ drugi odpowiada nadkwaśności i hyperkinezji żołądka. Sprawa ta jest bardziej powikłana a odpowiednie leczenie nie powinno się opierać na przypuszczalnych, a nawet stwierdzonych, zaburzeniach ruchowych i wydzielniczych żołądka, lecz na stwierdzeniu przyczyn tych zaburzeń. Przyczyny te bardzo często leżą poza żołądkiem. Przy stwierdzeniu braku tych przyczyn leczenie zaburzeń żołądkowych opierać się winno przedewszystkiem na leczeniu uspokajającem, które złagodzi podrażnienie splotu słonecznego, ono bowiem jest winą powstania cierpień chorego.

Autor sądzi, że nowoczesne metody badania chemizmu żołądka odwróciły uwagę lekarzy od ścisłej obserwacji klinicznej, do której należy powrócić, by leczenie dyspepsji oprzeć na leczeniu przyczynowem, a nie objawowem. I tak np. według autora zespół bólowy późny nie jest skutkiem nadkwaśności żołądka nawet tam, gdzie nadkwaśność istnieje. Ból ten towarzyszy skurczowi mięśniówki żołądka, a zwłaszcza odźwiernika (*Soupault*), wskutek nadwrażliwości wtórnej lub pierwotnej śluzówki żołądka; zmiany w wydzielaniu (ewentualna nadkwaśność) pojawia się później i jest tylko wtórnem zjawiskiem. Zespół senzacyj, jak uczucie pełności, wzdęcia lub ucisku w żołądku również nie powstaje na tle niedokwaśności lub rozszerzenia żołądka, ani też toksycznych fermentacji w żołądku (co ma miejsce tylko w organicznych zwężeniach odźwiernika), ale zespół ten, podobnie jak i inne towarzyszące mu objawy, obłożenie języka, bóle i zawroty głowy i t. p. — odnieść należy przedewszystkiem do zaburzeń w czynności wątroby. Co się tyczy wreszcie t. zw. dyspepsji nerwowej, to autor przestrzega przed nadużywaniem tego rozpoznania, gdyż wielu bardzo postaciom dyspepsji towarzyszą zaburzenia natury nerwowej. O dyspepsji nerwowej mówić można wówczas dopiero, gdy wykluczono z całą pewnością wszystkie te cierpienia, które wtórnie mogą wywołać zaburzenia żołądkowe. Wreszcie autor omawia poszczególne dyspepsje według następującego podziału:

A. Dyspepsje wywołane błędem dietetycznym.

Przyczyny polegają według autora na nadużywaniu chleba, zbyt szybkiem połykaniu pokarmów, niedostatecznie pożutych, nieregularnem przyjmowaniu pokarmów, nieodpowiedniej jakości pokarmów (przyrządzenie potraw), nadużyciu alkoholu, tytoniu, leków i t. p. — Leczenie polega na usunięciu błędów powyżej wymienionych.

B. Dyspepsje wtórne.

Przyczyny są rozmaite: 1. Schorzenia dróg żółciowych, są bardzo często przyczyną dyspepsji zwłaszcza należy zwrócić uwagę na utajoną postać tych schorzeń, które mogą być maskowane przez inne cierpienie, w tym przypadku niekoniecznie wywołujące zespół bólowy żołądka, jak np. opuszczenie żołądka. Pod utajoną postacią przebiegają często zapalenia przewlekłe woreczka żółciowego bez kamieni. W tych przypadkach leczenie skierować należy przeciw zaburzeniom dróg żółciowych (nawet zabieg chirurgiczny), a nie przeciw dyspepsji, jako takiej.

2. Podobnie i inne schorzenia wątroby, a zwłaszcza niedomoga wątroby i anafilaksja pokarmowa są przyczyną dyspepsji wtórnej. Dyspepsja ta objawia się najczęściej wzdęciem żołądka po przyjęciu pokarmów, bólem głowy (zwłaszcza potylicy) nudnościami, zaburzeniami, wynikającemi z chwiejności układu wegetatywnego. Chorzy ci cierpią często na pokrzywkę, swędzenie skóry, dychawicę i t. p. Przyczyną tych stanów jest szczególnie często nadwrażliwość na mleko, jaja i inne ciała białkowe. Leczenie polega na usunięciu pokarmów szkodliwych, względnie na metodzie odczulania przez podawanie małych dawek peptonu doustnie, w połączeniu z magnezją, na 1 godzinę przed przyjęciem posiłku.

3. Marskość wątroby w okresie początkowym, zwłaszcza u alkoholików, jest również niekiedy przyczyną dyspepsji wtórnej, objawiającej się wzdęciem brzucha, brakiem apetytu, a nawet poważnem wychudnięciem, co każe niekiedy przypuszczać istnienie nowotworu żołądka. Brak innych cech marskości utrudnia rozpoznanie. Znaczenie rozpoznawcze przypisać należy pojawianiu się lekkich obrzęków na stopach, lekkiemu zażółceniu powłok i białkówek, krwawieniu z dziąseł, podwyższonemu współczynnikowi *Maillard'a*. Leczenie: jak w marskości wątroby, rokowanie poważne.

4. Zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza utajone, są bardzo często przyczyną dyspepsji. Tu należy zwrócić uwagę przedewszystkiem na wywiady, przyczem poszukiwać na-

leży objawów słabych podrażnień wyrostka, które mogły ujść uwadze chorego. Sama tkliwość lub bolesność punktu *Mc-Bnreya* nie wystarcza, aby rozpoznać przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. Badanie bolesności pod ekranem jest szczególnie wskazane. Leczenie hygieniczne odpowiednie (djeta, gorące okłady i t. d.) niekiedy nie wystarcza, wówczas doradzać można zabieg operacyjny.

5. Przewlekłe, wytwórcze zapalenie otrzewnej. (Peritonitis plastica, chronica) umiejscowione nawet daleko poza żołądkiem bywa przyczyną dyspepsji wtórnej. Leczenie polega przedewszystkiem na naświetlaniu słońcem, gdyż natura tego cierpienia jest najczęściej gruźlicza. Autor nie przypisuje wielkiego znaczenia przewlekłemu zaparciu stolca, jako przyczynie powstania dyspepsji; sądzi raczej, że zaparcie stolca i dyspepsja mają tę samą przyczynę. To samo odnosi się do niektórych zaburzeń jelitowych np. — entero-colitis muco-membranacea. Wreszcie i przepuklina w linji białej (hernia epigastrica) jest, według autora, nie tyle przyczyną powstania dyspepsji, ile niewinnem cierpieniem, anomalją, towarzyszącą tylko przypadkowo dyspepsji. Natomiast obecność pasorzytów jelitowych może być przyczyną powstania dyspepsji; leczenie klasyczne.

6. Niektóre dyspepsje powstają wtórnie na tle schorzeń nerek, dróg moczowych i narządów kobiecych. Leczenie powinno być przyczynowe. Tu autor podkreśla, że opuszczeniu nerki nie przypisuje wielkiego znaczenia w powstawaniu dyspepsji, wbrew dotychczasowemu mniemaniu. Natomiast zwrócić należy uwagę na utajoną postać kamicy nerkowej, wodonercze, zapalenie miedniczek nerkowych.

7. Istnieją wreszcie wtórne dyspepsje towarzyszące cierpieniom narządów klatki piersiowej, rozmaitym zakażeniom, i intoksykacjom zewnątrz i wewnątrz pochodnym. Tu należą dyspepsje gruźlików, chorych na choroby serca (zastoina), mocznicę, chorobę *Addisona, Basedowa*, niedokrewność, cukrzycę i t. p. jakoteż dyspepsje ludzi otłuszczonych i chorych na dnę, co jednak częściej jest wynikiem błędów djetetycznych. Leczenie powinno być i przyczynowe i objawowe.

C. Dyspepsje nerwowe

Współistnienie zaburzeń nerwowych i dyspepsji nie usprawiedliwia jeszcze rozpoznania dyspepsji nerwowej. Nerwową dyspepsję rozpoznawać można tam jedynie, gdzie spotykamy dyspepsję przy braku jakichkolwiek zmian w żołądku i w tych narządach wewnętrznych, które mogą być przyczyną powstania dyspepsji wtórnej (patrz wyżej), przy współistnieniu natomiast zaburzeń nerwowych, począwszy od prostej wrażliwości nerwowej, aż do ciężkich stanów neurastenicznych, a nawet psychicznych. Punkty wyjścia dla powstania dyspepsji nerwowej są rozmaite, autor podkreśla, że niejednokrotnie wina leży po stronie lekarzy i otoczenia, wskutek mylnego rozpoznania opuszczenia żołądka i t. p. co jest przyczyną ustawicznego leczenia, często niedostatecznego odżywiania, przyjmowania nadmiaru rozmaitych leków i t. d. Stan takich chorych szybko pogarsza się. Nieraz chodzi tu o pewne konstytucyjne zaburzenia lub też zaburzenia w czynności gruczołów dokrewnych. Odpowiedniem leczeniem jest psychoterapja, zmiana trybu życia, ewentualnie nawet odosobnienie chorego.

D. Opuszczenie żołądka.

Autor omawia tu mianownictwo: przemieszczenie poprzeczne, wydłużenie, rozszerzenie, opuszczenie żołądka, poczem dochodzi do wniosku, że najczęściej chodzi raczej o współistnienie opuszczenia żołądka i dyspepsji z powodu tej samej przyczyny, lub też dyspepsja powstaje wskutek nadwrażliwości zwoju słonecznego, a nie opóźnienia opróżniania się żołądka, lub w końcu dyspepsja wywołana jest inną przyczyną (dyspepsja wtórna) przy istniejącem opuszczeniu żołądka.

E. Powikłania etjologiczne.

Ponieważ mogą istnieć rozmaite przyczyny dyspepsji, autor zaleca następujące wskazówki: 1. Nie poprzestawać na stwierdzeniu jako przyczyny dyspepsji schorzenia oczywistego jak np. nerka ruchoma, zapalenie przydatków i t. p., lecz poszukiwać schorzeń utajonych, zwłaszcza wątrobowych, wyrostka robaczkowego i t. p. 2. Nie przeceniać znaczenia opuszczenia żołądka, gdyż często chodzi tu o utajone cierpienie dróg żółciowych, zwłaszcza u kobiet. 3. Natomiast należy zwrócić szczególną uwagę na ewentualne istnienie anafilaksji pokarmowej. 4. Należy strzec się przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem dyspepsji nerwowej, i rozpoznawać ją tylko po dłuższej obserwacji i dokładnem badaniu chorego we wszystkich kierunkach.

Leczenie dyspepsji powinno być przedewszystkiem przyczynowe. Dopiero do takiego leczenia dołączyć należy leczenie uspakajające, skierowane przeciw nadwrażliwości zwoju słonecznego: odpowiednia, lekkostrawna djeta, spokój, gorące okłady na nadbrzusze, podawanie leków jak: zasady, bismuth, belladonna i t. p.

Zapalenie tętnic pochodzące z zapaleń żył (Arterites à point de départ veineux)

M. Labbé, J. Heitz i Gilbert-Dreyfus. *Arch. des mal. du coeur etc. Nr 5, 1930.*

Zapalenia naczyń kończyn opanowują zwykle bądźto układ tętniczy, bądźteż żylny, np. zapalenie tętnic pochodzenia kiłowego lub cukrzycowego przebiegają bez zmian w układzie żylnym, natomiast zapalenie żył pochodzenia zakaźnego nie dotyka tętnic. Zasada ta jednak posiada wyjątki. I tak np. w zapaleniu tętnic u osobników młodych, na co zwrócił uwagę *L Bürger*, wykazać też można zmiany w układzie żylnym. *Gallavardin i Devic* wykazują od roku 1920, że zmiany żylne w przebiegu zapalenia tętnic nie należą do rzadkości. Podobne przypadki spostrzegali też autorowie, na dowód czego przytaczają odpowiednie historje choroby.

U kobiety lat 68 wystąpiły objawy chromania przestankowego, a następnie silne bóle w kończynie, na której stwierdzić można było daleko posunięte objawy zapalenia żył, pochodzące ze sprawy chorobowej, przebytej przed kilkudziesięciu laty (hysterectomia z powodu włókniaków macicy). Kończynę amputowano, a badanie anatomo-patologiczne i drobnowidowe kończyny wykazało względnie świeże zmiany w tętnicy udowej (zaczopowanie) oraz ska

nalizowany blok włóknisty na miejscu towarzyszącej żyły. Pozostałe zmiany pozwalają na potwierdzenie przypuszczenia, że zapalenie tętnicy powstało na tle zmian żylnych. (Obszerna historja choroby i opis zmian chorobowych podane są w pracy).

Autorowie przytaczają w krótkości jeszcze dwa podobne przypadki i zwracają uwagę na konieczność badań oscylometrycznych u osobników chorych na zapalenie żył. Badanie takie pozwala na wczesne rozpoznanie zmian w tętnicach i odpowiednie leczenie, które w sprawach początkowych daje dobre wyniki: podawanie cytrynianu sodu, leczenie insuliną, angioxylem, acetylcholiną, fizjoterapją, wreszcie postępowanie chirurgiczne: sympathectomia perifemoralis.

Radjoterapja choroby Hodgkina (La radiothèrapie de la maladie de Hodgkin) Ch. Aubertin, P. Thoger-Rozat et Robert-Lévy. *Arch. des maladies de coeur etc. Nr. 5, 1930.*

Choroba Hodgkina (lymphogranulomatosis maligna) rozpoczyna się zazwyczaj obrzękiem gruczołów (najczęściej karku), lub objawami ze strony śródpiersia, lub opłucnej. Omawiany zespół chorobowy posiada 5 cech: powiększenie gruczołów powierzchownych i głębokich, powiększenie śledziony, objawy skórne (swędzenie, ślady podrapań, a nawet nacieki, małe, charakterystyczne guzki), gorączka typu stałego przez 15 dni poczem ciepłota opada do 37 lub 38°C na przeciąg 2 do 3 tygodni, by znowu się podnieść; (typu przerywanego, podobna do gorączki hektycznej; znacznie rzadziej gorączka stała), zmiany we krwi (leukocytoza obojętnochłonna z eozynofilją). Choroba Hodgkina nie leczona prowadzi bezwarunkowo do śmierci, bądźto wskutek powikłań, bądźteż z powodu charłactwa. Czas trwania choroby wynosi od jednego do sześciu lat. Zmiany drobnowidowe w gruczołach wykazują znaczną wielopostaciowość komórek i obecność tzw. komórek Sternberga.

Leczenie.

Autorowie zwracają uwage na konieczność mierzenia ciepłoty przed i podczas naświetlania, nawet u osobników niegorączkujących. W razie istnienia gorączki należy bardzo ostrożnie naświetlać, lub nawet przerwać leczenie. Gorączka pojawiająca się po każdem naświetlaniu pogarsza rokowanie. Niezbędne jest również kontrolowanie obrazu krwi, gdyż pod wpływem naświetlania zmniejsza się leukocytoza, a nawet dojść może do leukopenji, wówczas leczenie należy przerwać. Pod wpływem naświetlań pojawić się może także niedokrewność, którą należy zwalczać środkami pomocniczymi. Wreszcie należy zwrócić uwage na konieczność częstego badania moczu, gdyż podczas leczenia wydziela się znaczna ilość produktów, pochodzących z rozpadu tkanek, co może wpłynąć niekorzystnie na nerki. Z tego też względu zaleca się dbałość o obfitą diurezę.

1. Naświetlanie prom. Rentgena. Po opisie filtrowania promieni i pól naświetlań autorowie radzą naświetlać energicznie (dawka skórna 2,000 do 3,000 R na gruczoły powierzchowne i 4,000 do 6,000 R na gruczoły głębokie) w ciągu 15 do 30 dni. Po upływie 2 — 3 miesięcy, nawet w razie braku nawrotu, należy naświetlać dalej połową pierwszej dawki, w razie nawrotu lepiej jest powtórzyć pierwszą dawkę. Wreszcie należy dalej prowadzić leczenie co 6 miesięcy w przeciągu conajmniej dwu lat połową pierwszej dawki. Wrazie trudności należy naświetlać raz na rok przez parę lat. W razie naświetlań należy zwrócić uwagę na nawroty choroby w innych miejscach, zwłaszcza w kościach, (zmiany te leczą się bardzo dobrze) na skórze, w układzie nerwowym i w narządach wewnętrznych.

2. Curieterapja. Leczenie naświetlaniem zapomocą radu mniej jest rozpowszechnione, a wskazania ograniczają się do przypadków odpornych na działanie promieni Roentgena, lub też do przypadków niezdolnych do transportu. Autorowie opisują szczegółowo sposób przeprowadzania naświetlań radem.

3. Leczenie zapomocą torium X, dostępne dla każdego lekarza, posiada szczególne znaczenie. Leczenie to nadaje się dla chorych niezdolnych do transportu, w czasie przerw między naświetlaniem prom. Rentgena, dla chorych gorączkujących lub wynędzniałych. Leczenie polega na cotygodniowem wstrzykiwaniu wzrastających dawek torium. Dawka początkowa wynosi 150 — 200 mikrogramów. Serja składa się z 4 do 6 wstrzykiwań. Leczenie powyższe wpływa bardzo korzystnie, szczególnie na swędzenie skóry oraz na spadek leukocytozy.

Wyniki radioterapji.

Leczenie naświetlaniem wywołuje rozpad komórek gruczołów, przyczem wynik ten jest tem szybszy, tem bardziej zupełny, im komórka jest młodsza, a zatem w początkach choroby. Gruczoł naświetlany zamienia się w zbitą tkankę łączną. W okresie choroby dalej posuniętej, gdy ogólny stan chorego jest już upośledzony i znaczna liczba gruczołów chorobowo zajęta — leczenie daje mniej dobre wyniki. Lecz i tu można otrzymać pewną poprawę, wyrażającą się w zwolnieniu tempa przebiegu i opóźnieniem zejścia śmiertelnego. Jedynie przypadki wysoko gorączkujące dają złe rokowanie, gdyż przebieg cierpienia jest tu ostry.

Należy podkreślić, że w leczeniu choroby *Hodgkina* jedynie radioterapja dać może poprawę stanu, opóźnienie zejścia śmiertelnego, a nawet wyleczenie, ponieważ zaś wynik tego leczenia zależy od okresu choroby, przeto należy dążyć do możliwie wczesnego ustalenia rozpoznania i możliwie rychłego rozpoczęcia leczenia naświetlaniami w sposób energiczny odpowiedni.

Zmiany chorobowe wątroby i gruźlica. (Hépatisme et tuberculose). J. Paviot i P. Croizat. *Le Journal de Med. de Lyon, Nr. 241, 1930.*

W ostatnich czasach zwrócono szczególną uwagę na zachowanie się wątroby w przebiegu gruźlicy płuc, stosując rozmaite metody badania. Już dawniej jednak wielu autorów, jak np. *d'Andral*, *de Louis*, *de Cruveilbier* i inni podnosili istnienie stłuszczenia wątroby w przebiegu gruźlicy. *Monnisset i Bonnamour* stwierdzili w 89% zmiany w wątrobie na stole sekcyjnym, które były rozmaitego stopnia. Ciż sami autorowie zaznaczają, że obok wyraźnych za życia zmian wątrobowych, które są przyczyną wielu skarg ze strony chorych, istnieją też postaci utajone cierpień wątroby; chodzi tu o dużą, miękką wątrobę, tkliwą przy ucisku, której istnienie daje złe rokowanie w gruźlicy.

Praca *Aubertina*, oparta na licznych i żmudnych badaniach laboratoryjnych czynności wątroby w przebiegu gruźlicy płuc (badanie czynności glukogenetycznej, glukuronowej, mocznikowej, wydzielanie błękitu metylenowego, doświadczenie na urobilinurję, wydzielanie żółci, hemoklazję pokarmową, wskaźnik *Maillarda*, odczyn *Hey'a* itp.) wykazuje rozmaite zaburzenia ze strony wątroby. Autor ten skłania się do przyjęcia tezy o anergji wątrobowej w gruźlicy zwłaszcza, że w przebiegu zapalenia przewlekłego wątroby z płynem w jamie brzusznej i z żółtaczką u ludzi dorosłych wykazać można ujemny wynik odczynu skórnego z tuberkuliną w 60%, słabo dodatni w 30%, wyraźnie dodatni w 10%.

Obok powyższych badań należy zwrócić uwagę na zespół chorobowy, zwany przez *Bazina* artretyzmem, następnie na herpetyzm *Lancereaux'a*, oraz na diathesis congestiva, które to stany chorobowe od bardzo dawna zestawiano z gruźlicą. Jedni autorowie przypisywali gruźlicy o typie artretycznym przebieg ostry (*Portal*), inni — łagodny (*Morton* i *Musgrave*), mówiąc nawet wprost o antagoniźmie między gruźlicą a artretyzmem (*Herard*, *Cornil i Hanot*). Później jednak zaczęto winić gruźlicę, jako zakażenie, o zdolność tworzenia stanów artretycznych (*Poncet*, *Leon Bernard* i inni). *Poncet*, *Teissier i Roque* sądzą nawet, że 50% przypadków przewlekłych zmian stawowych rozwija się na tle gruźlicy. *Sabourin* sądzi, że przeważna liczba przypadków gruźlicy o typie artretycznym ze skłonnościami do krwotoków i krwioplucia jest wyrazem istnienia pełnokrwistości (plethora) powstałej wskutek nadmieady go odżywiania się chorych. *Sabourin* daje przykłady na poparcie swej tezy. *Dumarest* sądzi, że skłonność do krwotoków i krwioplucia spotyka się u chorych na gruźlicę typu włóknistego o łagodnym przebiegu, na tle szczególnej wrażliwośc naczyniowo-ruchowej u neuro-artretyków, to samo tłomaczenie przyjmują ostatnio *Besancon i Jacquelin.*

Ostatni kongres w Vittel skłonił się do przyjęcia tezy *Mouricanda*, że t. zw. artretyzm dziecięcy jest właściwie wyrazem zaburzenia w czynności wątroby, dalsze badania zdają się też zmierzać do uważania całego, szeroko pojętego, zespołu „artretyzmu," za zaburzenia rozmaitej natury, ze szczególnem uwzględnieniem zaburzeń w czynności wątroby, anafilaksji i układu wegetatywnego.

Autorowie przytaczają pracę *Olivjera*, który w swej tezie (z kliniki prof. Paviota) podał wyniki badań nad stanem wątroby u kobiet, chorych na gruźlicę postępującą i na gruźlice łagodnie przebiegającą. W grupie pierwszej (gruźlica postępująca) na 7 przypadków stwierdzono tylko 2 razy nieznaczne skargi na zaburzenia natury „artretycznej:" egzema na ręce, pokrzywka. Natomiast wszystkie chore posiadały dużą wątrobę, wrażliwą na ucisk. W grupie drugiej (gruźlica łagodna) stwierdzono we wszystkich przypadkach takie objawy, jak migrena, pokrzywka, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, napadowe bóle w okolicy wątroby, chwiejność naczyniowo-ruchową (krwioplucia), i tp,. Badania laboratoryjne dotyczące czynności wątroby u tych chorych nie dały jednobrzmiących wyników, wątroba była powiększona.

Autorowie podkreślają ostrość i gwałtowność występowania objawów chorobowych wynikających z hepatyzmu u chorych na łagodną gruźlicę, przy braku zmian podmiotowych ze strony wątroby oraz wątpliwych wyników badań laboratoryjnych. Autorowie tłomaczą te objawy ich naturą anafilaktyczną, przyczem okresowo zmienny stan wątroby gra role raz uczulającą, innym razem rolę wyzwalającą objawy uczulenia.

Częstość występowania omawianych objawów natury „artretycznej," a właściwie wywołanych zmianami w wątrobie, w szczególności zaś występowanie krwotoków lub krwioplucia u chorych na łagodną, włóknistego typu, gruźlicę skłania autorów do zwrócenia uwagi na mylne rozpoznanie gruźlicy tam, gdzie jej niema. Podtym względem *Lancereaux* podaje liczne przykłady krwotoków lub krwioplucia natury durowej, które nieraz uważane były za krwioplucia gruźlicze, zwłaszcza, że nad płucem, w miejscu krwioplucia, stwierdzić można było rzężenia

a na ekranie przesłonięcie ograniczone. Przypadki te w czasie dalszej obserwacji wykazywały swą prawdziwą naturę: dnę, a chorzy dożyli późnego wieku bez okazywania jakiegokolwiek objawu gruźlicy. Autorowie skłaniają się do zdania *Lancereaux'a*.

Z powyższych przykładków i rozważań wynika: rozmaite objawy hepatyzmu mogą towarzyszyć gruźlicy o łagodnym przebiegu, lub też, w pewnych przypadkach, mogą maskować swą naturę i sprowadzać rozpoznanie na mylne tory gruźlicy nieistniejącej. Pod względem rokowania, istnienie zmian, ujętych nazwą hepatyzmu, wskazuje raczej na dobrotliwy przebieg gruźlicy, gdyż w gruźlicy postępującej szybko stwierdzamy brak objawów hepatyzmu, a natomiast istnieje poważne schorzenie wątroby, charakteryzujące się dużą, gładką, miękką wątrobą, tkliwą na ucisk, oraz pozorne zaburzenia wątroby, które wykazać można różnymi metodami badań laboratoryjnych. Należy też podkreślić, że objawy hepatyzmu są względnie łatwo podatne odpowiedniemu leczeniu: jak podawanie belladonny, hydrastis, środków żółciopędnych, leczenie odczulające itp.

Encephalitis typhosa. (L'encéphalite typhique). J. Chalier i R. Froment. *Le Journ. de med. de Lyon. Nr. 230. 1930.*

Autorowie podają, że mimo stosowania nakłucia lędźwiowego (zastosowanego poraz pierwszy przez *Quincke'go* (1890) długi czas historja zapalenia mózgu była złączona z historją ropniaka mózgu. Teza *Chartriera* inspirowana przez *Comby'*ego, głosząca o istnieniu zapalenia mózgu ostrego, lecz nie ropnego, nie znalazła zwolenników. Dopiero w czasie wojny zajęto się pilnie obrazem nagminnego zapalenia mózgu (encephalitis epidemica) i poznano różnorodność objawów tej choroby. Autorowie nie znaleźli w literaturze francuskiej wzmianki o ostrem zapaleniu mózgu, wywołanem przez laseczkę *Ebertha*.

Obserwacja autorów dotyczy dziewczyny 22 letniej, która cierpiała na typowy dur brzuszny. Po dwu-tygodniowej wysokiej gorączce, w czasie której cierpiała na bezsenność, ciepłota spadła do stanu podgorączkowego (38°C). Wówczas wystąpiły majaczenia i niepokój tak znaczny, że chorą musiano związać. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało brak zmian chorobowych (2 ciałka białe w komorze *Nageotte'a*, cukru 0,70‰, białka 0,35%). Następnego dnia objawy chorobowe jeszcze się wzmogły, bez zmian przedmiotowych ze strony układu nerwowego, z wyjątkiem zaznaczonego obj. *Kerniga* i lekkiej sztywności karku, natomiast w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono 500 ciałek białych, cukru 0,80‰, białka 0,20‰, osad wykazał obecność 90% kom. wielojądrzastych obojętnochłonnych, 10% limfocytów. Posiew płynu pozostał jałowy; świnki morskie zmian nie wykazały, odczyn Wass. w pierwszym płynie dodatni, w drugim — ujemny. — Objawy chorobowe ustępowały niebawem a kilkakrotne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazały również znikanie komórek aż do stanu prawidłowego.

Autorowie podkreślają, że powyższe zmiany w płynie mózgowordzeniowym, zmieniające się nieraz z dnia na dzień, są charakterystyczne dla zapalenia mózgu, gdyż dowodzą one istnienia stanu zapalnego oponowego aseptycznego (état méningé puriforme aseptique—*Widal*) pod czem ukrywa się w głębi zapalenie mózgu. Autorowie nadmieniają, że niepokój psychiczny majaczenie i t. p. nie dają się wytłomaczyć gorączką (stan zaledwo podgorączkowy), intoksykacją i t. p.

W dalszej części pracy swej autorowie podają w skróceniu historje chorób z piśmiennictwa francuskiego, w których występowały objawy, przemawiające za durowem zapaleniem mózgu, choć autorowie tych ogłoszonych przypadków nie rozpoznawali zapalenia mózgu. Na podstawie tych przypadków można odróżnić różne postaci zapalenia mózgu w durze brzusznym.

1. Postać oczno-psychiczna: przypadek *Delabel'a i Marcandier'a*. Chora podczas duru skarżyła się na podwójne widzenie, często zasypiała podczas jedzenia. Niebawem wystąpiła lekka ptoza, coraz bardziej się zwiększająca, strabismus, nystagmus, znaczny niepokój ogólny. Płyn mózgo-rdzeniowy: bez zmian (raz badany). W drugim przypadku *Lemierre'a, Chay'a i Colled'a*, wystąpiły majaczenia, niepokój i porażenie nerwów ruchowych oka prawego. Płyn mózgo-rdzeniowy bez zmian. Autorowie zaznaczają, że takie porażenia mogą mieć inne podłoże, tu jednak chodziło o zapalenie mózgu.

2. Postać psychiczna, przypadek *Courtois-Suffet'a i Garnier'a* wykazywał majaczenia i halucynacje wzrokowe i słuchowe oraz ogólny niepokój. Autorowie uważają za podejrzane o zapalenie mózgu te przypadki, w których objawy psychiczne występują późno lub w okresie zdrowienia. Niekiedy po wyzdrowieniu mogą pozostać trwałe stany psychiczne z utratą pamięci, manją i t. p.

3. Porażenia połowicze i objawowa afazja może powstać w durze brzusznym też z powodu zmian w tętnicach mózgowych, chorób nerek, zapaleń wsierdzia i t. p. Część jednak ogłoszonych przypadków odnieść można do zapalenia mózgu na tle durowem, jak np. przypadek *Barié'go* i *Lian'a*, w którym dokonano nakłucia lędźwiowego i stwierdzono obecność 1 — 2 komórek na polu widzenia, w parę dni później liczba komórek wzrosła do 10 na polu widzenia. Objawy chorobowe ustąpiły niebawem.

4) Padaczka objawowa i jako pozostałość po zapaleniu mózgu durowem. Przypadek autorów ogłoszony w r. 1911. Obok padaczki objawowej wywołanej intoksykacją istnieje padaczka wywołana zmianami w mózgu natury zapalnej.

5) Zespół móżdżkowo-spastyczny jest bardziej znany, gdyż objawy te zbliżają się do objawów myelitis typhosa (ostra niezborność—ataksja). Chodzi tu o drżenie, nystagmus, asynergję, obok czego występują też objawy spastyczne. Stany te znikają po paru tygodniach lub miesiącach, niekiedy jednak nie ustępują. Przytem wystąpić, mogą zaburzenia psychiczne.

6) Postaci utajone i poronne durowego zapalenia mózgu. Tu należą typhopsychozy tj. postaci psychiczne, które odnieść należy do zapalenia mózgu na tle duru brzusznego, przy całkowitym prawie braku innych objawów klinicznych duru. W celach rozpoznawczych należy wykonać posiew krwi, w przypadkach śmiertelnych. sekcję. Przypadki te uważać można za cerebro-tyfus i na nie powinni zwrócić uwagę przedewszystkiem psychiatrzy. Do tej grupy autorowie zaliczają też stany oponowe na tle duru, w których płyn

mózgowo-rdzeniowy wykazuje liczne komórki i brak jakichkolwiek drobnoustrojów. Wreszcie autorowie zastanawiają się nad istotą odurzenia (typhus), któremu towarzyszą wyżej opisane właściwości płynu mózgowo rdzeniowego, przyczem wypowiadają przypuszczenie, że i tu chodzić może o słaby stopień zapalenia mózgu na tle duru brzusznego.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Leczenie operacyjne wgłobienia jelit u dorosłych, polegające na wycięciu odcinka wgłobionego poprzez naciętą ścianę odcinka wgłobiającego. (Au sujet du traitement de l'invagination intestinale chez l'adulte. De la resection du boudin à travers la gaine). Delore i De Girardier. *Journ. de Chirurgie XXXV — Nr. 5, maj r. 1930.*

Wybór tego czy innego sposobu operacyjnego w przypadkach wgłobienia samoistnego jelit u dorosłych, ostrego lub też przewlekłego, zależy prawie wyłącznie od zmian anatomicznych, jakie znajduje chirurg po otwarciu brzucha.

Metodą z wyboru, dającą najmniejszą śmiertelność pooperacyjną, jest odgłobienie jelita wgłobionego; jednakże sposób ten znajduje swoje zastosowanie tylko w tych przypadkach, w których to odgłobienie udaje się wykonać bez żadnych trudności. W przeciwnym razie uciec się trzeba do jednego z następujących zabiegów.

Jeśli odcinek wgłabiający wykazuje cechy zgorzeli lub też miejsca chociażby tylko podejrzane w tym kierunku, należy wykonać wycięcie całego chorego odcinka jelita (wgłobionego i wgłabiającego) ewentualnie — jeśli stan chorego nie pozwala na wycięcie — można wyłonić cały ten odcinek nazewnątrz i wtórnie wykonać przetokę kałową. Wycięcie, w przypadkach wgłobienia do kątnicy i okrężnicy, daje dużą naogół śmiertelność pooperacyjną.

Wreszcie tam, gdzie odcinek wgłabiający jest mało zmieniony, bez śladów obumarcia, autorowie wykonują wycięcie tylko odcinka wgłobionego. Wykonanie tego zabiegu jest następujące.

Cięcie brzucha zwykle pośrodkowe, Po osłonięciu bardzo dokładnem pola operacyjnego serwetami od pozostałej części jamy otrzewnowej, nacina się podłużnie ścianę odcinka wgłabiającego, zaczynając na 1 — 2 palce poprzeczne od pierścienia wgłobienia i idąc w kierunku szczytu odcinka wgłobionego — na przestrzeni 5 — 6 cm. Przez otwór ten wyciąga się nazewnątrz cały odcinek wgłobiony, zaciska go u podstawy dwoma kleszczykami *Doyena*, a powyżej odcina i odrzuca. Następnie, podwiązuje się przeciętą krezkę, zawartą w kikucie odcinka wgłobionego, zdejmuje się zaciskadła *Doyena*, zeszywa się kilkoma szwami węzełkowemi obie współśrodkowo ułożone ściany kikuta odcinka wgłobionego ze sobą (tak, żeby przylegały do siebie swą powierzchnią otrzewnową) i, wreszcie, zamyka się szwem 3-piętrowym ranę w odcinku wgłabiającym. Poczem, paroma szwami węzełkowemi ustala się kiszkę w pierścieniu wgłabiającym i brzuch zaszywa się doszczętnie.

Autorowie operowali w ten sposób pięć przypadków wgłobienia krętniczo-kątniczo-okrężnicowego i we wszystkich otrzymali wyleczenie zupełne i trwałe ,bez nawrotu pomimo wieloletniej obserwacji.

Objawy kliniczne i leczenie wzdęcia samoistnego gazami poszczególnych odcinków kiszki grubej. (Les douleurs segmentaires de l'aérocolie). Le Clerc. *La Presse Méd. Nr. 48, czerwiec 1930.*

Nadmierne wypełnienie kiszki grubej gazami jest naogół schorzeniem częstem, które dotyczy w pierwszym rzędzie mieszkańców miast o siedzącym trybie życia i podkładzie neuropatycznym, Łączy się ono zwykle z nadmierną zawartością gazów w żołądku i z tak zwaną aerofagją. Obraz kliniczny tego cierpienia, na który składają się bóle i wzdęcia brzucha, mdłości, odbijania, brak apetytu, zaparcia, rozwolnienia, wreszcie — bóle przeponowe i duszność przy wysiłkach fizycznych, jest dobrze znany,

Autor pracy niniejszej zwraca uwagę na te jednak postacie powyższego schorzenia, w których wzdęcie gazami uległy tylko poszczególne odcinki kiszki grubej, np. kątnica z wyrostkiem, zagięcie wątrobowe, zagięcie śledzionowe. Te przypadki bywają nieraz źródłem pomyłek rozpoznawczych i dlatego zasługują na specjalne omówienie.

Wzdęcie kątnicy daje bóle podobne do wyrostkowych, ale w zapaleniu wyrostka bóle są częstsze, zwłaszcza po chodzeniu, mamy bolesność uciskową na prawym talerzu biodrowym i inne objawy.

Wzdęcie gazami okolicy zagięcia wątrobowego okrężnicy powoduje bolesność prawej okolicy lędźwiowej i bóle II i III kręgu lędźwiowego, szerzące się czasami do pępka, do pachwiny prawej i nawet do moszny.

Wzdęcie okolicy zagięcia śledzionowego daje objawy analogiczne (bóle lewej okolicy ledźwiowej), tylko słabiej zaznaczone.

Charakterystycznem dla powyższych objawów bólowych jest to, że ucisk danej okolicy nie tylko nie nasila bólów, ale nawet czasami je łagodzi, a bóle ustępują nagle wśród charakterystycznego burczenia i następowego ewentualnego odejścia gazów nazewnątrz. Stan ogólny bywa zupełnie dobry — w przeciwieństwie do wzdęcia gazami na tle zmian organicznych (zrosty, załamania kiszek). U chorych takich spotyka się nierzadko umiarkowanego stopnia opuszczenie trzew.

Leczenie powyższych stanów polega na unormowaniu diety (niepaleniu tytoniu, powolnem i dokładnem przeżuwaniu pokarmów, ograniczeniu pokarmów mącznych, zwłaszcza zup mącznych, sosów i pokarmów tłustych), na zwalczaniu nerwowości, ćwiczeniach fizycznych, natryskach zimnych i ciepłych, ewentualnie — podawaniu węgla, belladonny i ciepłych okładach na brzuch. Podawanie środków czyszczących jest w tych razach raczej szkodliwe.

Arterjografja kończyn, wykonana przy pomocy wstrzyknięcia do odpowiedniej tętnicy jodku sodu. (Artériographie des membres avec l'iodure de sodium — sa valeur dans les artérites et gangrènes). Charbonnel i Massé. *Bordeaux Chirurg. Nr, 1, kwiecień 1930.*

Autorowie wykonali to badanie w 21 przypadkach zgorzeli i zakrzepowego zapalenia tętnic kończyn i otrzymali przytem cały szereg bardzo efektownych, wyraźnych obrazów pnia tętniczego wraz ze wszystkiemi jego nawet najdrobniejszemi rozgałezieniami (naturalnie, przy zachowaniu ich drożności). Przy zastosowaniu innych środków, np.

lipjodolu, obraz ten nie jest tak wyraźny, gdyż drobne gałązki tętnicze nie zostają tu — ze względu na właściwości fizykalne lipjodolu — tak dokładnie uwidocznione.

Arterjografja pozwala na wyciąganie zupełnie pewnych wniosków co do drożności tętnic i tętniczek danej kończyny, w przeciwieństwie np. do oscillometrji, która zawodzi tam, gdzie tętnice są sztywne i niepodatne. Zaznaczyć tu jednakże należy, że dane, osiągnięte zapomocą arterjografji, mówią jedynie o stanie anatomicznym tętnic i tętniczek, tak jak wyniki oscillometrji mówią tylko o ich stanie dynamicznym, właściwie statycznym.

Arterjografja oddaje duże usługi przy ustalaniu rozpoznania cierpienia i przy wyborze odpowiedniego leczenia, np. zachowawczego, czy też operacyjnego (amputacja); pozwala również na określenie w sposób zupełnie dokładny poziomu, na jakim należy wykonać amputację.

Przeciwskazaniem do wykonania arterjografji jest zgorzel wilgotna i zgorzel ze znacznem zakażeniem otoczenia (zapaleniem naczyń chłonnych), jak to bywa np. w przypadkach cukrzycy.

Wykonanie zabiegu jest bardzo proste, wstrzykuje się jodek sodu do tętnicy, wypreparowanej w znieczuleniu miejscowem, lub wprost poprzez skórę. Powikłań nie bywa nigdy, najlepsze wyniki osiągnięto, wstrzykując jodek sodu w roztworze 25%.

Udoskonalone zastosowanie bakterjofaga w chirurgicznych zakażeniach skóry i tkanki podskórnej (Anesthésie locale et bactériophagie). Jacquemaire. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie Nr. 21, czerwiec 1930.*

Autor stosuje leczenie bakterjofagiem ropni, czyraków, czyraków mnogich i zastrzałów (panaritium) — od wielu lat z wynikiem bardzo dobrym, gdyż wyleczenie otrzymywał zwykle w 1 — 6 dni i to bez pozostawiania widocznej blizny. Nacisk kładzie na używanie do tego celu bakterjofaga świeżego 48-godzinnego. Jedyną wadą tej metody leczniczej była jej wielka bolesność, uwarunkowana wstrzykiwaniem leku do tkanek zmienionych zapalnie i napiętych. Dlatego też obecnie autor poprzedza wprowadzenie bakterjofaga do tkanek wstrzyknięciem odpowiedniej ilości 5% tutokainy, która, z jednej strony nie traci swego działania znieczulającego w tkankach zapalnych, z drugiej, nie oddziaływuje szkodliwie na samego bakterjofaga i nie hamuje procesu bakterjofagji.

Technika zabiegu. W przypadku ropnia podskornego lub ropnia sutka wprowadza się igłę poprzez skórę zdrową do jamy ropnia i wstrzykuje się kilka kropel 10% tutokainy; po 15—30 sekundach (znieczulenie nastąpiło zupełne) wypuszcza się ropę i wprowadza na jej miejsce odpowiednią ilość bakterjofaga, którą wkrótce również się wypuszcza możliwie całkowicie (pozostaje tylko cienka warstwa leku na ścianach ropnia).

W przypadkach czyraka pojedyńczego lub mnogiego nastrzykuje się samo ognisko chorobowe i najbliższe jego otoczenie 5% tutukainą, stopniowo posuwając się od powierzchni wgłąb i pozostawiając w każdem miejscu po parę kropel środka znieczulającego. Zaraz potem wprowadza się w te same miejsca bakterjofaga. Już na drugi dzień zwykle wydziela sie nieco większa ilość ropy i następnie wstrzyknięcia leku bywają prawie bezbolesne tak, że znieczulenie uprzednie tutokainą staje się zbędne. Jeśli chodzi o zastrzały, to można stosować albo sposób podany wyżej dla czyraków, albo też znieczulić ognisko chorobowe przez wstrzyknięcie tutokainy w sposób zwykły okrężnie u podstawy palca; bakterjofaga wprowadza się zawsze po możliwie dokladnem opróżnieniu ogniska chorobowego z ropy.

Uwagi w sprawie wstrzykiwań dożylnych stężonych roztworów chlorku sodu w przebiegu ostrej niedrożności jelit. (A propos des récentes discussions sur le role du chlorure de sodium hypertonique dans l'occlusion intestinale. Essai d'interprétation). Denis. *La Presse Méd. Nr. 54, lipiec 1930.*

Panuje, zdaniem autora, pewne pomieszanie pojęć w sprawie tłumaczenia działania leczniczego stężonych roztworów chlorku sodu w ostrej niedrożności jelit i w związku z tem, niedość dokładne określenie wskazań do stosowania tego leku.

Przyczyną śmierci wskutek ostrej niedrożności jelitowej bywają dwa czynniki: a) jeden — to tak zwana sterkoremja, czyli zatrucie ustroju treścią jelitową, która zostaje wchłonięta przez zmieniony drobnowidzowo nabłonek śluzówki; nabłonek ten w warunkach prawidłowych jest dla treści jelitowej, w jej postaci trującej, nieprzepuszczalny.

Sterkoremja w ostrej niedrożności jest prostą funkcją stopnia uszkodzenia tego nabłonka; b) drugi czynnik — to spadek stężenia chlorków we krwi, właściwy niedrożnościom, umiejscowionym wysoko, w przebiegu których ustrój traci nadmiernie chlorki w następstwie obfitych wymiotów i zalegania treści jelitowej powyżej przeszkody.

Oba te czynniki składają się na zejście śmiertelne w różnym stopniu, zależnie od umiejscowienia i charakteru przeszkody w kiszkach. Zaznaczyć tu jeszcze należy, że chlorek sodu — poza jego właściwością utrzymania pewnej równowagi fizykochemicznej płynów tkankowych — ma własności ogólne antytoksyczne, ułatwiające ustrojowi zwalczanie różnych jadów i trucizn (np. KJ. kokaina Na Br), co zostało już wielokrotnie potwierdzone klinicznie i doświadczalnie. Pewną ilość trucizny, czy też jadów, ustroj znosi znacznie łatwiej, kiedy jest podana z odpowiednią dawką chlorku sodu, niż bez niej. A więc i sterkoremja jest mniej groźna dla ustroju, kiedy ten ostatni ma do swej dyspozycji dostateczne zapasy chlorku sodu, niż kiedy te zapasy są na wyczerpaniu (spadek stężenia chlorków we krwi).

W przypadkach niedrożności umiescowionej nisko, na pierwszy plan w obrazie klinicznym występują objawy sterkoremji; stężenie chlorków we krwi bywa tutaj naogół prawidłowe. Wstrzyknięcie w tych razach stężonego roztworu chlorku sodu może dać poprawę stanu ogólnego chorych ze względu na jego działanie ogólno-antytoksyczne, pobudzające ruch robaczkowy jelit, moczopędne i zakwaszające.

Inaczej jest w przypadkach niedrożności wysokiej, w których ciężki stan chorych jest uzależniony w pierwszym rzędzie od spadku zawartości chlorku sodu we krwi. Tutaj wstrzyknięcie stężonego roztworu chlorku sodu da natychmiastową i pewną poprawę.

Po uwzględnieniu powyższego jasnem się staje, że nie w każdym przypadku ostrej niedrożności jelit owe wstrzyknięcie chlorku sodu okaże się skutecznem, gdyż możemy mieć do czynienia z choremi z tak daleko posuniętą sterkoremją, że wogóle już niema dla nich ratunku.

Uwagi w sprawie stosowania terapji fizykalnej — diatermji, naświetlań pozaczerwonych i ultrafioletowych. (Observations cliniques et notes critiques de physiothérapie). Thièlemans: *Brunxelles - Médical, Nr. 30, maj 1930.*

I. Diatermja wywołuje w tkankach, jak wiadomo, silne przekrwienie i rozpulchnienie, będące następstwem ich przegrzania. Efekt leczniczy powyższego jest następujący: ujścia gruczołów i uchyłków rozszerzają się i ich zawartość łatwo zostaje wydalona nazewnątrz (np. w przewlekłych zapaleniach cewki moczowej i sterczu), a zawarte w tkankach produkty chorobowe ulegają szybszemu wchłonięciu do krwiobiegu (przewlekłe zapalenia stawów, zrosty powyrostkowe, przewlekłe zapalenia macicy i przydatków, zrosty oplucnowe, zapalenia nerwów). Próby stosowania diatermji w celach bakterjobójczych u chorych na rzeżączkę czynną (przy obecności dwoinek w wydzielinie z cewki) zawiodły, a stan tych chorych ulegał z reguły raczej pogorszeniu, w przeciwieństwie do przypadków przewlekłych, w których obecności dwoinek w wydzielinie nie stwierdzono.

Dodatnie wyniki osiągano również po zastosowaniu diatermo-koagulacji w przypadkach czyraków pojedyńczych i mnogich. Usuwano w ten sposób odrazu tak dokuczliwy dla chorych ból, pomijając już to, że przecinając tkanki nacieczone nożem diatermicznym, unika się otwierania szczelin i naczyń chłonnych, któremi zakażenie mógłoby się szerzyć dalej.

Działanie naświetlań promieniami pozaczerwonemi jest wyłącznie powierzchowne i dlatego ich stosowanie na ogniska chorobowe, głębiej położone, jest bezcelowe. Autor wzmacniał działanie diatermji naświetleniami pozaczerwonemi przy pomocy lampy Sollux z filtrem manganowym i otrzymywał dobre wyniki w przypadkach dużych krwiaków, stłuczeń bolesnych, rwy kulszowej, lumbago.

Stosując naświetlania (zwłaszcza ogólne) promieniami ultrafioletowemi, należy zawsze uprzednio określić wrażliwość na nie danego chorego, która może być krańcowo różna — od zupełnej prawie niewrażliwości do bardzo dużej. Działanie lecznicze tych naświetlań jest powolne, wynik leczniczy staje się widocznym zwykle dopiero po dłuższym czasie od ukończenia całej kuracji.

Choroba Addisona stanowi przeciwskazanie do naświetlań ultrafioletowych, gdyż można tu otrzymać szybkie pogorszenie aż do zejścia niepomyślnego włącznie.

Przyczynek do leczenia operacyjnego raka tarczycy. (Cancer de la thyroïde. Thyroïdectomie totale). Pauchet i Hirchberg. *Bull. et Mem de la Soc des Chirurgiens de Paris Nr. 10, czerwiec 1930.*

Autorowie spostrzegali chorą lat 52, u której wole, datujące się od wielu lat, w ostatnich miesiącach zaczęło się wyraźnie powiększać i twardnieć. Rozpoznano raka i w znieczuleniu miejscowem wycięto prawie całą tarczycę. Przebieg pooperacyjny bez większych powikłań. Zaraz po operacji zaczęto podawać chorej chlorek wapnia i wyciąg tarczycowy. Chora opuściła klinikę jako wyleczona.

Rak tarczycy powstaje zawsze z istniejącego uprzednio gruczolaka (adenoma), który w 4% ulega zwyrodnieniu rakowemu. Rozpoznanie histologiczne raka bywa tutaj czasami niesłychanie trudne, często dopiero stwierdzenie nacieczenia nowotworowego pochewki gruczołu albo przenikania komórek gruczołowych do światła naczyń umożliwi stwierdzenie złośliwości wola. Rokowanie w raku tarczycy jest zawsze poważne, gdyż zwykle operuje się zbyt późno. Jednakże w przypadkach wczesnych, na drodze możliwie doszczętnego wycięcia całej tarczycy można zachować chorą przy życiu na długie lata. Naturalnie chora taka musi stale otrzymywać do końca preparaty tarczycowe. Jeśli przestrzegać doszczętności zabiegu, to nawroty zdarzają się rzadko (nawet jesli przy operacji pozostawiono na miejscu drobne cząstki gruczołu).

W przypadkach nienadających się już do operacji, albo tam, gdzie nie wykonano całkowitego wycięcia tarczycy, można jeszcze liczyć na poprawę po naświetlaniach radowych. Ale rad należy stosować naogół bardzo ostrożnie i po bezwzględnie pewnem stwierdzeniu histologicznem złośliwego charakteru wola, gdyż w przypadkach wola z objawami nadczynności tarczycy można po naświetleniu radem spowodować szybkie nasilenie się tej nadczynności i nawet śmierć chorego.

Stłuczenie worka przepuklinowego, powikłane pęknięciem kiszki. (Deux cas de contusion herniaire avec éclatement d'une anse grêle. Laparotomie. Une mort. Une guérison). Chabrut. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie, Nr. 22, lipiec 1930.*

Mechanizm chorobotwórczy tego schorzenia nie jest zupełnie jasny. Według zdania jednych, chodzi tu o zmiażdżenie kiszek miedzy przedmiotem, powodującym uraz, a poziomą gałęzią kości łonowej (wszystkie ogłoszone przypadki wyżej omawianego schorzenia dotyczyły przepukliny pachwinowej).

Według innych — bezpośrednią przyczyną pęknięcia kiszki jest jest nagły wzrost, pod wpływem urazu, ciśnienia zawartych w niej gazów. Każdy człowiek w chwili otrzymania urazu brzuchu napina odruchowo jego ścianę, chroniąc do pewnego stopnia przed tym urazem trzewa brzuszne; odruch ten jednakże staje się szkodliwym, jeśli uraz dotyczy worka przepuklinowego, gdyż wówczas trzewa zostają nagle wtłoczone pod dużem ciśnieniem do worka i siła urazu w ten sposób pośrednio wzrasta (analogja do torby papierowej, nadmuchanej powietrzem, która pęka przy lekkim nawet uderzeniu ręką).

Obraz kliniczny tego cierpienia odpowiada albo uwięźnięciu przepukliny, o ile pętla uszkodzona pozostała w worku, albo też — rozlanemu zapaleniu otrzewnej o bardzo ostrym przebiegu, jeśli pęknięta pętla cofnęła się do jamy otrzewnowej ewentualnie została tam wtłoczona (!) przez lekarza. Dlatego też w każdym przypadku przepukliny uwięzłej w nastepstwie urazu, nie należy próbować odprowadzenia, tylko odrazu przystąpić do operacji.

Operacja. W przypadkach, w których miejscowe objawy kliniczne są ograniczone przeważnie do worka przepuklinowego, zabieg wykonuje się z cięcia przepuklinowego (tak zwana hernio-laparomia). Tam zaś, gdzie punkt ciężkości objawów przeniósł sie jamy brzusznej, można się wahać w wyborze cięcia między tem ostatniem a otwarciem brzucha w linji pośrodkowej.

Wyniki leczenia operacyjnego w ostrem zapaleniu otrzewnej, wywołanem przez dwoinki zapalenia płuc. (L'intervention chirurgicale précoce dans les péritonites aiguës á pneumococques et ses résultats). Mathieu i Marchand. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie Nr. 22, lipiec 1930.*

Rozpoznanie ostrego zapalenia otrzewnej pneumokokowego przed operacją jest rzeczą trudną, zwłaszcza u dzieci, u których zwykle w tych razach rozpoznaje się mylnie ostre zapalenie wyrostka. Jakkolwiek bez porównania mniejszym błędem będzie wykonanie operacji w przypadku zapalenia otrzewnej pneumokokowego, niż jej zaniechanie w ostrem zapaleniu wyrostka, tem nie mniej unikać należy za wszelką cene operowania wczesnego (w ciągu pierwszych 48 godzin) chorych z zapaleniem otrzewnej na tle dwoinek zapalenia płuc, szczególniej dzieci, gdyż daje ono naogół wyniki niepomyślne — ropienie i gorączka utrzymują sie jeszcze przez czas długi, mogą wystąpić objawy zapalenia ropnego innych błon surowiczych jak osierdzia i opłucnych, a przytem bezpośrednia śmiertelność pooperacyjna jest duża. Operacja, wykonana w okresie późniejszym, daje o wiele lepsze wyniki.

W rozpoznaniu różniczkowem za zapaleniem otrzewnej pochodzenia pneumokokowego przemawiają: wiek dziecięcy (od 2 do 10 roku życia), płeć żeńska, ostry początek z wczesnem wystąpieniem wysokiej gorączki, częste wymioty i wczesna biegunka (10 — 20 stolców dziennie). We krwi tego rodzaju chorych można wykryć obecność dwoinek zapalenia płuc, co jest zupełnie zrozumiałe, gdyż przyczyną zapalenia otrzewnej jest tutaj ogólne zakażenie ustroju dwoinkami, które to ogólne zakażenie jest punktem wyjścia ciężkiego stanu odnośnych chorych i niepomyślnych wyników pooperacyjnych.

W czasie operacji wskazanem jest dokładne sączkowanie jamy otrzewnowej dla odprowadzania wysięku ropnego (sączek gumowy do jamy Douglasa).

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Zmiany skórne w związku ze schorzeniami narządów wewnętrznych. (Les manifestations cutanées révélatrices des maladies viscérales). Gaté. *Le Journal de Médec. de Lyon. 1930, Nr. 2.*

Zdarza się niekiedy, że najszczegółowsze badanie narządów wewnętrznych nie jest w możności wykryć schorzenia, na które dopiero zwraca uwagę dermatolog, opierając się na obecności pewnych objawów na skórze. Świąd skóry uporczywy, samoistny, bez współistnienia innych zmian na skórze i bez udziału pasorzytów może być przejawem zaburzeń w przemianie materji u otyłych, dnawych, djabetyków, lecz może być również skutkiem bardzo nieznacznej retencji żółci i może napć badai-rowadz nie w kierunku stanu przedmarskościowego wątroby lub początkowego okresu choroby nerek. Świąd spotyka się również w niektórych przypadkach wiądu rdzenia i porażenia postępowego jako objaw prodromalny. W końcu świąd jest b. często pochodzenia hematogennego. Szczegółowe i dokładne badania wykazują wtedy dyskretne zmiany w gruczołach limfatycznych, nieznaczne podwyższenie ciepłoty, powiększenie ilości ciałek białych krwi, polinukleozę, eozynofilję i szereg innych zmian (w śledzionie, wątrobie i t. d.), które mogą nas naprowadzić na różnego rodzaju schorzenia krwi.

Rumienie są jednym z głównych objawów chorób zakaźnych wysypkowych, pozatem jednak szereg rumieni zaliczany do schorzeń skórnych wskazuje na zaburzenia w narządach wewnętrznych. Acne rosacea, schorzenie które w początkowym okresie objawia się znikającym niekiedy rumieniem na nosie i policzkach, wskazuje na zaburzenia w przewodzie pokarmowym, a jeszcze częściej łączy się u kobiet z okresem przekwitania. Częste u młodych dziewcząt i kobiet czerwienienie się brody wraz z współistniejącym zwykle trądzikiem wskazuje na zaburzenia w organach płciowych (retroversio, dysmenorrhea). Typowym rumieniem, pochodzącym z t. zw. awitaminozy, jest pellagra i niejednokrotnie w poronnej postaci tego schorzenia rumień jest tym objawem, który wskazuje na jego obecność. Rumienie t. zw. acro-asfiktyczne, przejściowe sinicze rumienie na kończynach (livedo, odmroziny) są stygmatem zaburzeń w endokrynach, a być może wskazują na starą skrofulozę. Rumienie czynne, tętnicze, występujące pod wpływem czynników psychicznych,

mogą wskazywać na zaburzenta w wydzielaniu tarczycy lub na schorzenia wątroby. W końcu nie należy zapominać o rumieniach występujących jako objaw poprzedzający tak ciężkie schorzenia jak: mycosis fung. i leucemia. Tym rumieniom wyraźnie odgraniczonym towarzyszy silny świąd i zwykle już zmiany w gruczołach. Pokrzywka powszechnie uznana jest za schorzenie związane ściśle ze schorzeniem narządów wewnętrznych zwłaszcza wątroby, pozatem jednak występuje w przebiegu leukemji i echinokokozie, nieraz tak bardzo trudnej do wykrycia.

Wybroczyny, poza ostro przebiegającemi ogólnie znanemi w sprawach infekcyjnych, występują w charakterze podostrych i przewlekłych i wtedy zwracają uwagę w kierunku narządów krwiotwórczych, zwłaszcza wątroby, a znane są też wyjątkowo w przebiegu gruźlicy płuc.

Wyprysk, czyli, jak w obecnym pojęciu uważa się, zdolność do reagowania na nieznane czynniki tworzeniem pęcherzyka naskórkowego i sączeniem, łączą różne teorje z różnymi sprawami, a więc: ze stanami anafilaktycznemi, z zaburzeniami w endokrynach, w systemie neurowegetatywnym, ze schorzeniami przewodu pokarmowego. z gruźlicą, wreszcie z kiłą wrodzoną.

Kiła trzeciorzędna, zwłaszcza przebiegająca z dyskretnymi objawami na skórze, jest zawsze wskazaniem do szczegółowego badania narządów wewnętrznych, które zwykle ujawnia szereg poważnych schorzeń, czy to w systemie krążenia, czy też w wątrobie, endokrynach i t. d. Zgorzel często wskazuje na obecność cukrzycy, melanodermia — na gruźlicze zmiany w nadnerczach lub jelitach, na cukrzycę lub malarję i w tych wypadkach objawy skórne bywają często pierwszymi. Gruźlica skóry jest zawsze podejrzana o współistnienie z ogniskami gruźliczemi w narządach wewnętrznych. W końcu zwraca jeszcze autor uwagę na szereg schorzeń skórnych łączących się ze schorzeniami narządów wewnętrznych jak: trąd, nowotwory, acanthosis nigricans Darier'a w łączności z nowotworem przewodu pokarmowego, leukemidy — w łączności ze schorzeniem krwi, ponadto zwraca uwagę na dokładne badanie błon śluzowych i organów płciowych.

Ostatnie zdobycze w sprawie choroby Paget'a (Les acquisitions récentes sur la question de la maladie de Paget du mamelon). Massia, Rousset. *Le Journal de Méd. de Lyon. 1930. Nr. 2.*

Choroba *Paget'a* pojawiająca się na sutkach jest obecnie klinicznie i anatomicznie uznana za odrębną jednostkę chorobową. Schorzenie dotyczy pierwotnie brodawki sutka i jej obwódki. Polega na tworzeniu się w tym miejscu wyniosłej tarczki rumieniowej, łuszczącej sie, o zarysach policyklicznych, o powierzchni ziarnistej, wrzodziejącej. Powoduje wciągnięcie brodawki. Rozwija się u kobiet po 40-tym roku życia, wyjątkowo w innej części tułowia. W rozwoju tego schorzenia rozróżnia się powszechnie kilka okresów: 1. Okres wyprysku, w którym głównym objawem jest zaczerwienienie i łuszczenie. 2. Okres nadżerek i owrzodzeń. W tych 2-ch okresach gruczoły limfatyczne sąsiednie nie są jeszcze zajęte, lecz dopiero w okresie trzecim. Wtedy też mogą pojawić się przerzuty, a zmiany na sutku mogą rozwinąć się w typowy obraz nabłoniaka. Zdania, tyczące się patologji tego schorzenia, są do dzisiaj podzielone: jedni uważają je za dyskeratosis preepiteliomatosa, mogącą przez zwyrodnienie dać początek nowotworowi, inni — za nowotwór o specjalnej skłonności do atakowania naskórka tylko (epidermotrop.). Obserwacja 5-ciu przypadków autora, badania normalnych sutków kobiet starych i zmian dyskeratotycznych przedrakowatych okolic skóry — skłoniły autora do uważania choroby *Paget'a* za nowotwór.

Hemokrinoterapja wyprysku i opryszczki nawrotowej. (L'hémocrinothérapie dans l'eczema rebelle et dans l'herpès récidivant). Filderman. *Bull. de la Soc. Méd. de Paris 1929, Nr. 18.*

Opis 2 przypadków: jednego opryszczki nawrotowej na czole i na twarzy, wyleczonego bez stosowania leczenia miejscowego jedynie tylko przy pomocy wstrzykiwań krwi własnej z dodatkiem wyciągu z wątroby. Przypadek drugi dotyczył zmian wypryskowych na tle żylaków i został wyleczony wstrzykiwaniami krwi w połączeniu ze złożonym wyciągiem nadnerczy i jajników.

Erytrodermja wywołąna przez crysalbinę (Erythorodermie provoquée par la crysalbine). G. Milian. *Bull fr. de Dermat et de Vener, 1930, Nr. 1.*

Przypadek liszaja rumieniowego został prawie wyleczony przez zastosowanie kilku wstrzyknięć crysalbiny w dawkach 0,05 do 0,25. W czasie leczenia jednak wystąpiła żywa erytrodermja, która bardzo szybko przeszła w okres obrzęków. Te wtórne zmiany skórne utrzymywały się przez przeciąg kilku tygodni.

Agranulocytoza w przebiegu leczenia przeciw-kiłowego. (L'agranulocytose au cours du traitement anti-syphilitique). Ch. Aubertin, R. Lévy. *Annales de Méd. 1930, Nr. 2.*

Autor jest zdania, że należy rozszerzyć pojęcie agranulocytozy i zaliczyć do tej grupy schorzenia, które charakteryzują się nie tylko brakiem ciałek ziarnistych w krwi, lecz i innemi zmianami, jak niedokrwistość i stany hemoragiczne. Te różne objawy występują dosyć często wspólnie po stosowaniu leczenia arsenobenzolem. Autor zebrał 28 przypadków agranulocytozy poarsenobenzolowej dotyczących w równej mierze obie płci. Schorzenie ujawnia się zwykle w 3-ciej lnb 4-tej kuracji, pomiędzy 4-tym a 8-ym wstrzyknięciem. W $^1/_4$ ilości tych przypadków schorzenie poprzedzały dyskretne objawy nietolerancji na arsenobenzol. Rolę patogenetyczną odgrywa tu, zdaniem autora, zatrucie lekowe.

W sprawie niepowodzeń leczenia rzeżączki akrydyną. (A propos des échecs de l'acridinothérapie dans le traitement de la blennorragie). G. Luys. *Bull. et Mem. de la Soc. de med de Paris. 1930, Nr. 2.*

Wszyscy autorzy zgadzają się, że akrydynoterapja jest metodą, oddającą duże usługi w leczeniu rzeżączki ostrej. Równocześnie jednak wszyscy, którzy ten sposób leczenia stosowali, zgodnie twierdzą, że nie nadaje się on do leczenia wszystkich przypadków rzeżaczki przewlekłej i że daje częste powikłania.

Dwoinki *Neissera* bardzo szybko dostają się do głębszych warstw nabłonka i wszystkie sposoby, czy to drogą wprowadzenia leków dożylnie, czy też stosowanie szczepionek nie są w stanie ich zniszczyć. Należy wtedy zawsze uciekać się do energicznego leczenia miejscowego. Akrydynoterapja może więc oddać w początkowych okresach rzeżączki duże usługi, w dalszych bywa bezużyteczną.

Rzeżaczkowe zapalenie stawu. Szybkie wyleczenie przy pomocy surowicy przeciwgonokokowej. (Arthrite gonococcique. Sérum intraveineux. Guèrison rapide). Goyet, Naussac. *Lyon Méd 1930, p. 180.*

Opis przypadku ciężkiego wiewiórowego zapalenia prawego stawu kolanowego u 32-letniej kobiety. Zastosowano dożylne wlewanie surowicy przeciwgonokokowej (metoda Ravaut). Po wstrzyknięciu wystąpiły gwałtowne objawy wstrząsu, od następnego dnia jednak stan chorej poprawiał się. Chora nie zgodziła się na wykonanie dalszych wstrzyknięć, pomimo to w 18 dni po pierwszem wstrzyknięciu mogła podnieść się i chodzić.

Autor nie zaprzecza specyficzności działania tej surowicy, sądzi jednak, że nie odgrywa ona w tym wypadku najważniejszej roli.

Ziarniniak grzybiasty, reticulo-endotheliosis cutis. (Le mycosis fongoïde: une réticulo-endothéliose de la peau). L. Berger, A. Valleé. *Presse Méd 1930, Nr 11.*

Autorzy zbadali szczegółowo pod względem histopatologicznym 4 przypadki, odpowiadające klinicznym przebiegiem mycosis fungoides i doszli do wniosku, że jednostce klinicznej tego schorzenia nie odpowiadają jednolite zmiany histopatologiczne. Pod tą nazwą kliniczną przebiegają schorzenia takie, jak n.p. lymphosarcomatosis, a może być, że i inne.

W 3 przypadkach zbadanych przez autorów zmiany polegały na bujaniu systemu reticulo-endothelialnego, przyczem obrazy histologiczne w tych 3 przyp. były identyczne. Autorzy sądzą, że właściwie tylko tego rodzaju przypadkom należy się nazwa mycosis fungoides, które to schorzenie określają jako reticulo-endotheliosis skóry.

Odporność przeciwkiłowa. (L'immunité antisyphilitique). G Ichok. *Presse Méd. 1930, Nr. 17.*

Doświadczenia na zwierzętach i obserwacje kliniczne dotychczas nie wykazały istnienia odporności po przebytem zakażeniu kiłowem. Jeżeli nawet w pewnych warunkach nie udaje się u zwierząt wywołać powstania owrzodzenia kiłowego, to jednakże krętki do tego organizmu zakażonego dostają się i w nim żyją. W przypadkach niezakażania się ludzi powtórną kiłą pamiętać należy, że wydalanie arsenobenzolu odbywa się w tempie bardzo powolnym i obecność resztek tych właśnie leków w organizmie przeszkadza rozwojowi krętków.

Niepłodność kiłowa (La stérilité syphilitique). E. Bertin, E. Schulmann. *Presse Méd 1930 Nr 35*

Większośc syfilidologów przyznaje, że kiła wrodzona lub nabyta może czasem w sposób niewytłómaczony sprowadzić bezpłodność w małżeństwach. Autor obserwował 110 małżeństw kiłowych, z tych 54 było bezpłodnych; 10 bezpłodnych z własnej woli, 5 z powodu zmian patologicznych (orchitis-hysterectomia i t.d.), a 39 było niepłodnych jedynie z powodu kiły (28 z kiłą wrodzoną, 21 z kiłą nabytą).

Niepłodność mężczyzny może być spowodowana dającemi się rozpoznać zmianami kiłowemi organów rodnych: wtórne zapalenie najądrzy (scho, rzenie bardzo rzadkie) i o wiele częstsze trzeciorzędne zmiany kiłowe w jądrach, prowadzące do zaniku jąder. Kiła może jednak nie dawać żadnych klinicznie rozpoznawalnych objawów w organach płciowych u mężczyzn niepłodnych. W tych przypadkach znajdowano niekiedy oligospermję, azoospermję, niekiedy jednak plemniki nie różniły się od normalnych ani ilością, ani ruchliwością, znajdowano natomiast między nimi formy nieprawidłowe, różnej wielkości, o kilku główkach, barwiące się odmiennie. Krętków w ejakulacie autor nie znajdował. Bezpłodność kobiety może być skutkiem zmian kiłowych w jajnikach lub skutkiem kiłowych zmian zapalnych dalszych organów płciowych, sprowadzających ich wtórną niedrożność. Kobieta kiłowa może być również niepłodną bez istnienia jakichkolwiek klinicznych zmian w organach rodnych.

Wszystkie wyżej wymienione schorzenia gruczołów płciowych dotyczą ich patologicznego wydzielania na zewnątrz. Ponadto jednak kiła, zwłaszcza wrodzona, może uszkodzić jedynie tylko czynności wydzielania wewnętrznego tych gruczołów. Wiadomo, że od prawidłdwej wewnętrznej sekrecji gruczołów płciowych zależy też ich prawidłowe wydzielanie na zewnątrz. Tak więc chorobowo zmieniona czynność wydzielania wewnętrznego, utrzymująca się czas dłuższy, tłómaczy zdaniem autora cały szereg przypadkow niepłodności bez widocznych zmian klinicznych w organach płciowych.

Rokowanie nigdy nie jest pewne. W tej dziedzinie trudno przewidzieć, czy leczenie da pożądany skutek, czy nie. Najcięższe rokowanie bywa w przypadkach kiły t. zw. wielogruczołowej, gdy obok gruczołów płciowych schorzałe są i inne endokriny.

Leczenie powinno być oczywiście w pierwszym rzędzie przeciwkiłowe. Na 25 kiłowych, bezpłodnych małżeństw uzyskał autor przez leczenie tylko w trzech małżeństwach pojawienie się płodności. Aby leczenie mogło dać dobre wyniki, powinno dotyczyć obu małżonków, byc dostatecznie energiczne, regularne i prowadzone przez dłuższy czas (kilka lat). Aby poprawić wewnętrzne wydzielanie schorzałych gruczołów płciowych, o co zawsze należy podejrzewać przypadki kiły wrodzonej i kiły nabytej, przebiegającej bez widocznych zmian kiłowych w organach płciowych, należy kurację specyficzną połączyć z podawaniem wyciągów z tarczycy i gruczołów płciowych.

Wyłysienie, ukryty hyperthyreoidismus i bezseność. Zastosowanie hemato-ethyroidyny jako hypnoticum. (Sur la pelade, l'hyperthyroïdisme latent, les insomnies et sur l'hémato-éthyroidine employée comme hypnotique). R. Sabouraud. *Presse Méd. 1930, Nr. 45.*

Wyłysienie pojawia się w chorobie Basedowa prawie równie często, jak trzy charakterystyczne dla tego schorzenia objawy: „duże oczy, duża szyja duże serce" i jak drżenie. Wiadomo zresztą, że w stanie określonym nazwą bazedowizmu może jed-

nego z tych objawów braknąć. We wszystkich natomiast przypadkach choroby Bas. istnieją pewne objawy psychiczne i nerwowe, które nadają tym chorym charakterystyczne piętno. Głównym z tych objawów jest stały niepokój i obawa, dalej stałe zajmowanie się z upodobaniem własną osobą a szczególnie własnemi dolegliwościami. Te objawy powodują powstanie stanu wzmożonego napięcia nerwowego, który, rzecz zrozumiała, nocą ulega znacznemu pogorszeniu, a zatem idzie bezsenność. Te psychiczne i nerwowe objawy, powszechnie znane w przypadkach choroby Bas. można często w mniejszym nasileniu wykazać w pewnej grupie osób, cierpiących na wyłysienie, bez innych syptomatów, któreby mogły wskazywac na chorobę Bas. Trudno jest rozstrzygnąć, o ile wyłysienie w tych przypadkach jest bezpośrednim skutkiem zaburzeń w endokrinach, co niektórzy autorzy przyjmują za jedyną i wyłączną przyczynę wyłysienia, a o ile wpływ na wyłysienie ma właśnie to słabe napięcie systemu nerwowego i bezsenność. Autor stosował w przypadkach wyłysienia u osobników o cechach hyperthyreozy hemato-ethyroidynę i zauważył, że w przypadkach hyperthyr. z wolem, z wytrzeszczem gałek ocznych nie mógł osiągnąć żadnych dobrych wyników, u osobników natomiast bez wola z nieznacznemi objawami hyperthr. szybko powracał dobry sen, a za tem szło ogólne uspokojenie nerwowe. Autor stosował następnie powyższy środek z dobrym wynikiem we wszystkich przypadkach bezsenności i podniecenia nerwowego tak, że w obecnej swojej praktyce nie stosuje nigdy poza hemato-ethyroidyną (jedna pastylka po wieczornym posiłku) innych środków nasennych.

Nowy sposób leczenia liszaja rumieniowatego. (Sur un nouveau traitement du lupus érythémateux). M. Bordier. *Paris Médic. Nr. 12, 1930.*

Autor stosował w przypadkach lupus eryth. polecany w ostatatnich czasach przez wielu lekarzy muthanol, w postaci wstrzyknięć domięśniowych z d'Arsonvalizacją.

D'Arsonvalizację wykonywał, stosując specjalnie obmyśloną do tego celu elektrodę kwarcową, której szczegółowy opis podaje. Elektroda ta ma tą wyższość, że oprócz zwykłego działania, działa jako źródło promieni pozafijołkowych. Mając szereg dobrych wyników po stosowaniu tego podwójnego leczenia, autor rozpoczął stosować d'Arsonvalizację powyższą elektrodą z równoczesnem stosowaniem na ogniska chorobowe tamponów napojonych tartaro-bismutem sodowym („tartro-bi Roche"). Ta w wodzie rozpuszczalna sól bismutu zostaje w postaci drobin zresorbowana w miejscu drobnych nadżerek, tworzących się podczas wykonywania zabiegu. Tym nowym sposobem autor uzyskał wyleczenie wszystkich przypadków, które pozostawały w jego obserwacji.

Muszyca skórna. (Creeping Disease). Th. Photinos. *Rev. Franc. de Dermat. et de Vénér. 1929. Nr. 11.*

Przegląd schorzeń skóry skutkiem obecności wędrujących larw w skórze. Cierpienie trwa 2 do kilku tygodni, polega na pojawieniu się w skórze swędzących, zaczerwienionych, linijnych wyniosłości. Wykwit taki wydłuża się z któregokolwiek końca z szybkością do 30 centymetrów na dobę w kierunku krętym, nieregularnym, nigdy nie rozdwaja się. Anatomicznie jest to galerja, jaką sobie drąży larwa w naskórku, a czasem w skórze właściwej. Larwa nigdy nie cofa się, sposób w jaki dostaje się w skórę nie jest dostatecznie wyjaśnionym. Schorzenie to ustępuje spontanicznie, próby jego leczenia polegają na usiłowaniu zabicia pasorzyta w miejscu podejrzanem o jego obecność w danej chwili lotnemi środkami jak eter, chloroform, xylol.

W sprawie nagłego zgonu osesków w przebiegu wyprysku. (A propos de la mort rapide des nourrissons au cours de l'eczéma. Documents histopathologiques recueillis dans un cas récent). Gaté, Dechaume, Croizat et Michel. *Lyon Médic. 1929, t. CXLIV, str. 604.*

U oseska 6 $^1/_2$ miesięcznego cierpiącego na zmiany wypryskowe na twarzy po nagłym zgonie wykonana sekcja nie wykazała żadnych zmian pozytywnych, badanie histologiczne natomiast wykazało dyskretne zmiany głównie w jądrach szarych podstawy mózgu. Obraz kliniczny odpowiadał obrazowi wstrząsu anafilaktycznego, co w świetle teorji anafilaktycznej wyprysku tłumaczyło by poniekąd nagłe zejście oseska.

Ogólna nietoleracja lekowa u kiłowych. (La polyintolérance médicamenteuse chez les syphilitiques), B. Photinos. *Annales des Malad. Vénér. 1930, Nr. 2.*

Opis przypadku kiły u chorego, który wykazywał nietolerancję na wszystkie 3 rodzaje leków (arsenobenzol, rtęć i bizmut). Ta nietolerancja objawiała się krwotokami po każdym zastrzyku. Badanie krwi oprócz następowej niedokrwistości nic szczególnego nie wykazało. W takich razach radzi autor obniżyć początkowe dawki i bardzo powoli je podnosić, próbować na godzinę przed zastrzykiem dawki normalnej stosować uodparniające drobne dawki, podawać środki przeciwtoksyczne i przeciwwstrząsowe. Ze środków specyficznych należy próbować, czy przypadkiem pokrewne nie są lepiej znoszone.

Kiła bez owrzodzenia pierwotnego. (Syphilis sans chancre). G. Milian. *Paris Médic. 1930, Nr. 17.*

Istnienie przypadków kiły bez owrzodzenia pierwotnego jest dzisiaj rzeczą doświadczalnie i klinicznie stwierdzoną, mogą one przebiegać pod następującemi postaciami klinicznemi:

1. Kiła, która przenosi się wraz ze spermą, z mężczyzny wprost do dalszych części płciowych kobiety. W tym wypadku osobnik zakażający nie przedstawia żadnych objawów kiłowych na zewnętrznych częściach płciowych. U kobiety zakażonej również nie pojawia się owrzodzenie pierwotne na zewnętrznych genitaljach, dopiero po kilku tygodniach występują objawy kiły drugorzędnej.

2. Kiła wrodzona, udzielona z krwi matki przez łożysko.

3. Kiła zaszczepiona w skórę lub śluzówki bez owrzodzenia w miejscu zaszczepienia, dająca dopiero jako pierwszy objaw — wysypkę, zmiany w gruczołach i naczyniach limfatycznych i dodatni odczyn Wassermanna.

4. Kiła przeniesiona razem z krwią (przy przetaczaniu).

Z powyższego zestawienia widać, że kiła bez owrzodzenia pierwotnego powstaje skutkiem jej zaszczepienia drogą naczyń krwionośnych, przez żyłę lub tętnicę, lub przez zaszczepienie jej w skórę, lub śluzówki. Przebieg kliniczny tych przypadków nie różni się niczem od przebiegu kiły z owrzodzeniem pierwotnem.

Przyczyną niepowstania owrzodzenia po zaszczepieniu kiły w skórę może być zbyt mała ilość wprowadzonych krętków (osobnik kiłowy już leczony często zakaża w ten sposób niedużą ilością krętków), lub obronny odczyn organizmu zakażonego na skutek leczenia przeciwkiłowego, lub już uprzednio przebytego zakażenia kiłowego.

Rola kiły w zanikach skóry. (Le rôle de la syphilis dans les atrophies cutanées) Hudęlo, Rabut. (*Paris Mèdc. 1930 Nr. 9*).

Pojęcie zaniku pierwotnego niektórych elementów skóry należy, zdaniem autora całkowicie wykluczyć. Wydaje się rzeczą nieprawdopodobną, aby mógł powstać zanik skóry bez jakichkolwiek innych procesów patologicznych toczących się uprzednio w skórze. Niewątpliwie zawsze zanik poprzedzony jest jakimś innym procesem patologicznym, chociaż proces ten nie daje się zwykle spostrzedz. To zapatrywanie jakkolwiek odrzuca możliwość istnienia zaników pierwotnych, a wszystkie uważa za wtórne, nie wyjaśnia jednak wcale etjologji zaniku. Jedną z licznych jego przyczyn może być kiła. I tutaj rozróżnia autor dwie grupy: 1. zaniki, które są następstwem widocznych procesów kiłowych, toczących się uprzednio w tym samym miejscu i 2. zaniki u osobników kiłowych bez widocznych procesów kiłowych, toczących się uprzednio w miejscu zaniku.

Do grupy I zalicza autor; a) zaniki, które są skutkiem procesu kiłowego destrukcyjnego, rozpadu, są to właściwie blizny zanikowe. Blizny zanikowe mogą powstać, jako następstwo po owrzodzeniu pierwotnem, po wykwitach kiły drugorzędnej t. zw. syphilides atrophiantes. Spotyka się je w okresie II jako następstwo wysypek plamistych i grudkowych długotrwałych, a zwłaszcza nawrotowych, głównie na tułowiu, rzadziej na innych częściach skory. Są to rozsiane, różnej wielkości, okrągłe lub owalne, białawe, zapadnięte plamki o wyglądzie pomiętej bibułki. W okresie III. zaniki właściwe bez równoczesnej sclerodermji są o wiele rzadsze, występują grupami, są większe, zlewające się niekiedy w duże zanikowe pola o zarysach policyklicznych. Przyczyną powstania powyższych zaników nie jest specjalna skłonność krętka bladego do niszczenia elementów elastycznych skóry, jak sądzą niektórzy. Przyczyny należy szukać w warunkach miejscowych i ogólnych. Miejscowo długotrwałość zmian zapalnych i naciekowych powoduje jużto mechanicznie, jużto skutkiem zaburzeń w odżywianiu, zniszczenie łączno-elastycznych elementów skóry. Ogólne warunki, wrodzona lub nabyta mała odporność elementów elastycznych, odgrywa tu też pewną rolę. Inne przyczyny, jak zaburzenia w endokrinach, w przemianie wapnia, mało wydają się możliwe.

Do grupy 2. zaliczone zaniki są dosyć licznie opisane w literaturze, najczęściej jako zaniki t. zw. białe. I tutaj przypuścic należy istnienie procesu zapalnego, poprzedzającego zanik, a niedającego się zauważyć. Czy kiła jest ich bezpośrednią przyczyną, trudno z całą pewnością twierdzić, wydaje się to jednak możliwe i o tej przyczynie należy zawsze pamiętać. Szereg autorów obwinia ponadto kiłę o wywołanie innych zaników. *Milian* opisuje zanik pyd nazwą „la peau citreine", zanik miękki, barwą podobny do cytryny, *Hufnagel* pod nazwą dermolipodystrophia żółtawy zanik skóry i tkanki tłuszczowej podskórnej górnej połowy ciała, *Balzer* pseudoxanthoma elasticum i cutis laxa jako zaniki kiłowe.

Ważne wskazówki, tyczące się leczenia kiły (Les données actuelles du traitement de la syphilis). G. Milian (*Paris Médic. 1930. Nr. 9.*

Szereg praktycznych wskazówek tyczących się wyboru leków i ich dawkowania w terapji kiły, 1°. Kiłę należy leczyć nie jednym rodzajem preparatów lecz kilkoma, a nawet wszystkiemi znanemi lekami (przetwory arsenowe, bizmutowe, rtęciowe, jodowe i t. d.). Dawki powinny być duże, stosowane regularnie przez dłuższy czas. 2° Należy pamiętać, że zbyt małe dawki są dla organizmu kiłowego niebezpieczne, gdyż zamiast leczyć mogą z jednej strony reaktywować kiłę, z drugiej uodpornić krętki na dany lek. 3° Jest rzeczą konieczną stosować w leczeniu kiły te leki, na które krętki nie wykazują żadnej odporności, a więc środki w danym przypadku najenergiczniej działające. Zwłaszcza pamiętać trzeba o możliwości istnienia przypadków kiły arseno-odpornej.

Dr Zofja Jastrzębska

CHOROBY NERWOWE.

O odruchu czaszkowo-szyjnym. (Sur le réflexe céphale-cervical). Benedek i Kulcsar. *Revue neurologique T. 1 Nr. 1 1930.*

Autorzy stwierdzili odruch powyższy u chorego z jamistością rdzenia. Przy uderzeniu młotkiem w kość potyliczną (w okolicy protuberantia occipitalis externa) przychodzi do skurczu odruchowego obu mm. sternocleidomastoidei. Jest to odruch niewyczerpujący się łatwo i nie stwierdzalny u osób zdrowych lub cierpiących na inne schorzenia układu nerwowego.

Naskutek obustronnego skurczu mięśni (widzialnego i macalnego) głowa zostaje uniesiona nieco ku przodowi i występuje pewnego rodzaju tic Salaam. Ze względu na obustronność i symetryczność skurczu nie zaznacza się funkcja rotacji, zasadnicza cecha tych mięśni. Klinicznie wydaje się być ruchem okostnowym, aczkolwiek mechanizm i lokalizacja wymaga jeszcze wielu dodatkowych obserwacyj. Strefa refleksogenna jest bardzo wielka, a odruch jest wywołalny z całego periostium czaszki (czoło, łuk jarzmowy, wyrostek sutkowy, kręgi szyjne, 1, 2, 3, 4). Jednak optimum znajduje się tylko w okolicy protuberantia occipitalis externa.

Wnioski wysnuli autorzy z obserwacji jednego przypadku.

Skurcze napadowe obustronne mięśni twarzowych. (Paraspasme facial bilatéral). Haguenau i Dreyfus. *Revue neurologique. T. 1 Nr. 1, 1930.*

Rzadkie przypadki napadowych skurczów obustronnych mięśni twarzowych u dwóch osobników, którzy pozatem nie wykazywali żadnych zmian ze strony układu nerwowego, żadnego momentu etjologicznego (kiła itd.).

Napady występują z przerwami krótkiemi o charakterze z początku tonicznym, później klonicznym powiek, oślepiając chorego swoją brutalnością i nagłym wystąpieniem, przyczem synergicznie przychodzi do skurczu mięśni czołowych i do niesymetrycznie i chaotycznie występujących ruchów mięśni twarzy, (warg, brody itd). Skurcze ustają w pozycji poziomej. Nie podlegają działaniu woli. Etjologja nieznana. Wchodzi w rachubę jedynie ewentualnie encephalitis epidemica. Terapeutycznie bez efektu było nawet wycięcie nerwu twarzowego.

Uwagi nad patogenicznością kiły układu nerwowego i jej stosunku do biologji krętka bladego. (Considerations sur la pathogénie de la neuro-syphylis et ses rapports avec la biologie de la spirochaeta pallida) G. Marinesco, Jager i Grigoresco. *Revue neurologique. T. 1. Nr. 1 1930 r.*

W 54 przypadkach z rozpoznaniem neurolues badali autorzy elektrometrycznie koncentrację jonów wodorowych w płynach mózgordzeniowych. i znaleźli w ciężkich przypadkach paraliżu postępującego wzmożoną koncentracje (7.59) a w płynach chorych, leczonych zimnicą stosunki wyrównane, zbliżone do normy, podczas gdy w płynach chorych niepoprawionych klinicznie utrzymał się identyczny stopień koncentracji jak przed leczeniem. W każdym razie malarja wywołuje bardziej wybitne zmiany, niż inne substancje pyretogenne. Kwasota płynu mózgo-rdzeniowego i prawdopodobnie też tkanek spowodowana brakiem tlenu na skutek następowej anemji po malarji, zmniejsza widocznie żywotność krętków, tak przez modyfikację środowiska surowiczego, jak i przez brak utlenienia. Krętki blade są mniej ruchliwe w płynie mózgordzeniowym normalnym, niż w płynie chorych na paraliż postępujący.

Autorzy przykładają pierwszorzędną wagę do soków ustrojowych (podłoże surowicze) dla patogeniczności paraliżu postępującego i wyciągają następujące wnioski. Zasadowość płynu mózgo-rdzeniowego jest wzmożoną w paraliżu postępującym, a leczenie zimnicą może sprowadzić do normy pH płynu. Żywotność krętków jest większa w środowisku koncentracji zasadowej niż odwrotnie. pH tkanek ma znaczenie bardzo wielkie dla zakażenia miejscowego krętkowego, a wiąc neurotropizm krętków zależny byłby od zmienionego środowiska surowiczego (milieu humoral) a nie na skutek różnic gatunkowych krętków. Dr. *L Wander.*

Badania doświadczalne nad fizjologją móżdżka. G. G. J. Rademaker. *Rev. Neur. 1930, T. 1. Nr. 3, str. 327.*

Autor usuwał u psów najprzód jedną półkulę mózgową, później drugą, wreszcie móżdżek. Udało się utrzymać przy życiu 2 psy po takich trzech zabiegach. Po ostatniej operacji jeden z nich żył 5 tygodni, drugi — 6. Okazało się, że większość funkcji, których brak bezpośrednio po usunięciu móżdżka, wraca bez współudziału mózgu, zwłaszcza wracają funkcje równowagi. Następujące anomalje występowały u zwierząt pozbawionych móżdżka: 1) wskutek ucisku na podeszwy powierzchni, po której chodzi zwierzę, występują nadmierne skurcze mięśni dolnych kończyn, 2) hypermetrja ruchów, 3) pewne odczyny spóźniają się, 4) występowanie nagłe i niehamowane ruchów synergicznych, 5) zmniejszenie hamującego wpływu pozycji na plecach lub na jednym z boków.

Fizjologiczna rola pęczka piramidowego nieskrzyżowanego. J. Bard. *Rev. Neur. 1930. T. 1. Nr. 2, str. 268.*

Z anatomji wiadomo, że pęczek piramidowy t. zw. przedni, t. j. nie skrzyżowany kończy się przy komórkach rogów przednich tej samej strony. Włókna z reguły nie przechodzą na stronę przeciwną, jeżeli wogóle odbywa się skrzyżowanie, to tylko częściowo przez spoidło szare. Dane anatomiczne wskazują, że rola pęczka piramidowego przedniego zasadza się na przenoszeniu pobudzeń od kory mózgowej do mięśni tej samej strony. Jako przykłady takich ruchów, idących od półkuli tej samej strony, autor analizuje: 1) ruchy zwracania głowy i oczu, 2) t. zw. opozycję dodatkową *Hoowera.* *Z. M.*

KRONIKA

Dorocznym zwyczajem odbędzie się w Ciechocinku 31.VIII — 2.IX 1930 III Lekarski Kurs Dokształcający dla Lekarzy.

Program Kursu.

Sobota 30.VIII

Zjazd. Biuro kwaterunkowe na dworcu.

Godz. 21 min. 30 zebranie zapoznawcze w restauracji Hotelu Milera.

Niedziela 31.IV.

9—9,45 Min. Dr. *W. Chodźko* (Warszawa)—Zdrojowiska polskie wobec postulatów higjeny społecznej.

10—10,45 Prof. Dr. *Borowiecki* (Poznań)—Rozwój pojęcia sugestji.

11—11,45 Prof. Dr. *Jasiński* (Wilno) — O konstytucji i skazach u dzieci.

12—12,45 Prof. Dr. *K. Jonscher* (Poznań) — Znaczenie stanów podgorączkowych u dzieci.

Zwiedzanie odżeleziacza, filtrów Ciechocińskich na Kuczku połączone z wycieczką i atrakcjami na miejscu.

Godzina 20-ta teatr,

Poniedziałek 1.IX.

9—9,45 Dr. *Cz Wroczyński* (Warszawa) - Współczesne prądy i dążenia medycyny społecznej.

10—10,45 Doc. Dr. *W Czarnocki* (Warszawa) — Zmiany zapalne i niezapalne mięśnia sercowego.

11—11,45 Doc. Dr. *Z Mossiorski* (Warszawa) — Z patologji miesiączkowania kobiet, przyczyny, leczenie.

12—12,45 Dr. *R. Bernhardt* (Warszawa) — Djagnostyka pryszczycy (eczema).

Zwiedzenie urządzeń balneologicznych Ciechocinka. Godzina 21-sza Bankiet.

Wtorek 2.IX.

9—9,45 Pułk. Dr. *Wl Osmolski* (Warszawa) — Biologiczne znaczenie ćwiczeń fizycznych.

10—10,45 Doc Dr. *A. Elektorowicz* (Warszawa) — Znaczenie kliniczne cholecystografji.

11—11,45 Prof. Dr. *Z. Radliński* (Warszawa) — Temat zastrzeżony.

12—12,45 Pułk. *Latkowski* (Warszawa)—Wczesne rozpoznanie i leczenie gruźlicy kostnej.

Zamknięcie Kursu.

Wycieczki: I Do Bydgoszczy. II Do Zamku w Gołubiu.

Informacji w sprawie Kursu udziela sekretarz Komitet Dr. *Cz. Hoppe* Ciechocinek dworek „Ortos".

Uczestnicy mają zapewnione bezpłatne mieszkanie i 50% ulgi w drodze powrotnej koleją.

Opłata od uczestnika 30 zł. od osoby towarzyszącej 20 zł.

Podczas kursu odbędzie się wystawa środków lekarskich.

Za komitet

Prezes:
Prof. Dr. E. Loth
Vice Prezes:
Doc. Dr. L. Lorentowicz
Vice Prezes:
Dr. P. Rudzki
Sekretarz:
Dr. Cz. Hoppe.

W Paryżu w szpitalu Broussais, 96 rue de Didot (14e) odbędzie się od 13X do 25X kurs dokształcający poświęcony schorzeniom serca i naczyń pod kierownictwem d-ra *Laubry*. Kurs obejmuje całokształt powyższych schorzeń, również i z praktycznego stanowiska. Oprócz wykładów odbędą się badania chorych i demonstracje przyrządów. Cena kursu 150 fr. fr. Zwracać się należy do d-ra *Mevel* w szpitalu Broussais.

* * *

W Bordeaux w klinice chirurgji wieku dziecięcego i ortopedycznej profesora *Rocher'a* odbędzie się 13—18X kurs dokształcający poświęcony ortopedji i chirurgji narządów ruchu. Cena 200 fr. fr. Redakcja „Wiedzy" chętnie służy bliższemi szczegółami.

BIBLJOGRAFJA

A. Sezary et Barbé. Les traitements modèrnes de la paralysie générale. La pratique médicale illustrée. *G. Doin. Paris 1930. str. 40.* **(Nowe sposoby leczenia porażenia postępującego).**

Rozdział pierwszy poświęcony jest leczeniu p. p. zapomocą preparatów chemicznych, 606, 609, sulfarsenol, eparseno okazały się bezsilnymi. Tożsamo należy rzec o bizmucie i kombinacji arszeniku z bizmutem. Nie dało również wyników stosowanie leczenia przeciwkiłowego równocześnie z podawaniem leków, mających powinowactwo do tkanki nerwowej, mianowicie kamfory, gardenalu, tlenku cynku, pyramidonu. Wreszcie zawiodły próby stosowania leczenia specyficznego przy równoczesnem wywoływaniu napadów gorączkowych.

Tkanka nerwowa posiada wybitne własności redukujące, co przeszkadza krętkobójczemu działaniu 606 i 914, występującemu dopiero po utlenieniu. Wobec tego spróbowano działać pięciozasobnemi preparatami arszenikowymi. Odrzuciwszy arsacetinę z powodu jej zabójczego wpływu na nerw wzrokowy, i preparat 240 Fourneau, jako słabo działający, autorowie zatrzymali się na soli sodowej stowarsolu (kwasu acetyl-oxy-amino-phenylarsinowego). Obecnie autorowie stosują wstrzykiwania podskórne po 1 gramie, rozpuszczonym w 10 cm^2 wody przekroplonej, trzy razy na tydzień. Serja wstrzyknięć składa się co najmniej z 21. O ile poprawa stanu chorego występuje dopiero pod koniec serji, wstrzykują 30,0 stowarsolu, a nawet więcej. Jako zwykłą dawkę należy przyjąć 21,0. Po 1 miesięcznej przerwie należy powtórzyć taką samą serję wstrzyknięć. Wstrzykiwania podskórne mają być dobrze znoszone*), nie wywołują zaburzeń wzrokowych, mogą być stosowane ambulatoryjnie. Przeciwwskazaniem są ciężkie schorzenia wątroby i nerek. Poprawa stanu chorego następuje przy końcu serji I-ej wstrzykiwań, najpóźniej w czasie stosowania serji II-ej. Po otrzymaniu dobrego wyniku bezwzględnie należy wzmocnić go kilkoma jeszcze podobnemi serjami wstrzyknięć, stosując przerwy 2 lub 3 miesięczne. Najlepsze wyniki dało leczenie stowarsolem w przypadkach z pobudzeniem (68%), słabiej reagują chorzy z osłabieniem umysłowem (58,5%) najgorsze wyniki dają chorzy z otępieniem (26.4%). Równocześnie z poprawą psychiki występuje poprawa w stanie płynu m.-rdz. Najczęściej (34%) odczyn B.—W. staje się ujemny, poprawa ta jednak nie idzie równolegle z poprawą stanu umysłowego. Rzadziej znika pleocytoza, a jeszcze rzadziej hyperalbuminoza. W wielu przypadkach znacznej poprawy stanu umysłowego odczyn W. we krwi pozostawał dodatni.

Rozdział drugi jest poświęcony sprawie leczenia p. p. malarją. Po wstępie historycznym następuje omówienie wskazań i przeciwwskazań. Pierwszorzędną rolę odgrywa wczesne rozpoznanie. Leczenie zimnicą wpływa przedewszystkiem na postacie manjakalne, otępieniowe i wiądowe. Wiek chorego nie odgrywa wielkiej roli, natomiast stan ogólny chorego winien być na tyle dobry, by chory mógł znieść zakażenie zimnicze. O ile gruźlica nie stanowi absolutnego przeciwskazania, o tyle za takowe należy uważać zapale-

*) Według mego doświadczenia są nadzwyczaj bolesne.

nie nerek, niezrównoważone wady serca i choroby wątroby. Przebyty niedawno napad udarowy wymaga ostrożności. Szczepić należy plasmodium vivax, a nie plasmodium falciparum lub malaria quartana. Istnieją szczepy plasmodium vivax o różnej zjadliwości; należałoby stosować szczep już dobrze wypróbowany. Szczepienie wykonywane bywa podskórnie lub dożylnie. Okres wylęgania trwa 5 do 25 dni w razie szczepienia podskórnego, przy szczepieniu dożylnem trwa 6 do 8 dni. Napadów powinno być 8 do 15 zależnie od stanu ogólnego chorego. Przerywanie zimnicy odbywa się zapomocą podawania po 1 gramie siarczanu chininy, wyjątkowo po 2 gramy w ciągu 3—4 dni. W czasie leczenia zimnicą koniecznem jest prowadzenie krzywej ciepłoty, tętna i ilości moczu. Nieumotywowane ciepłotą ciała przyspieszenie tętna pozwala oczekiwać grożącego osłabienia mięśnia sercowego, a wybitna i długo utrzymująca się oligurja budzi uzasadnione obawy co do niewydolności nerek i zmusza do przerwania zimnicy. Najniebezpieczniejszą komplikacją jest zapaść, również często kończą się śmiercią zapalenia płuc odoskrzelowe. Autorowie podkreślają, że leczenie zimnicą nie należy uważać za zabieg zupełnie niewinny, bo może skończyć się katastrofą pomimo wszelkich przedsięwziętych ostrożności.

Wielu kombinuje leczenie zimnicą z leczeniem specyficznem. *Dujardin i Targowla* radzą stosować przed zimnicą leczenie arszenikowo-bizmutowe w ciągu 3 tygodni, *Rademaecker i Arias* podają arszenik lub rtęć w czasie zimnicy, większość jednak z *Wagnerem* na czele stosują arszenikowe leczenie dopiero po przebytej zimnicy.

Najlepsze wyniki leczenia zimnicą dają postacie ostre z pobudzeniem, manją wielkości, daleko rzadziej poprawiają się postacie otępieniowe. Zmiany w płynie m.-rdz. niekoniecznie idą równolegle z poprawą psychiki. Stale zmniejsza się hyperalbuminoza i ilość ciałek, odczyn B.-W. powoli staje się ujemnym. Badania mózgów chorych zmarłych po leczeniu zimnicą dały ciekawe wyniki. W przypadkach o wynikach dobrych *Wilson* rozróżnia trzy okresy. Początkowo występuje okres pogorszenia, okres odczynu miejscowego w korze mózgowej, w której znajdujemy wybitne zapalne zmiany, w oponach nacieki limfocytarne, plazmatyczne i składające się z wielkich komórek żernych, wybitne nacieki okołonaczyniowe, silne bujanie gleju: odczyn wybitny układu siateczkowo-śródbłonkowego. W okresie drugim nasilenie stanu zapalnego zmniejsza się, a krętki znikają. Wreszcie w okresie trzecim obraz histologiczny wykazuje powrót do normy: cytoarchitektonika uległa rekonstrukcji, tu i owdzie pozostały nieznaczne nacieki okołonaczyniowe, bujania gleju nie stwierdza się, lekkie zgrubienie i zwłóknienie opon miękkich.

T r z e c i r o z d z i a ł książki zawiera porównanie leczenia stovarsolem z leczeniem zimnicą. Leczenie stovarsolem co do skuteczności nie ustępuje leczeniu zimnicą, a może być stosowane ambulatoryjnie i nie przedstawia tych niebezpieczeństw, co leczenie zimnicą. O ile chodzi o skombinowanie tych dwóch metod, to należy zacząć od stovarsolu; gdyby po dwóch serjach wstrzyknięć wynik okazał się niedostateczny, to możnaby próbować zimnicę.

Wreszcie w r o z d z i a l e c z w a r t y m znajdujemy próbę tłómaczenia działania stovarsolu lub zimnicy. Pod wpływem zimnicy mózg ma tracić wrażliwość na krętki, pomimo, że w organiźmie pozostaje jad kiłowy. Podobnie działa arszenik pięciowartościowy — stovarsol. *Z. Messing.*

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie owrzodzeń goleni pochodzenia żylakowego zapomocą wstrzykiwań acetylcholiny. (*La Presse Méd. Nr. 50, czerwiec 1930*).

Zabiegi lecznicze, wywołujące czasowe rozszerzenie naczyń tętniczych chorej kończyny — jak np. operacja odnerwienia odpowiedniej tętnicy (sympathicectomia periarterialis) — okazują naogół wpływ bardzo pomyślny na gojenie się owrzodzeń goleni pochodzenia żylakowego. Jednakże wpływ odnerwienia tętnicy na rozszerzenie odpowiednich naczyń okazał się zbyt krótkotrwały, aby spowodować zagojenie się owrzodzeń w każdym przypadku. A do tego, sam zabieg nie jest zbyt bezpieczny, gdyż grozi czasami poważnem uszkodzeniem ściany tętnicy lub powstaniem zakrzepu. Dlatego też, w przypadkach powyższych zaczęto stosować w ostatnich

czasach z powodzeniem zamiast operacji wstrzykiwania podskórne chlorowodorku acetylcholiny (acekolina), który wywołuje, jak wiadomo, rozszerzenie czasowe tętnic i tętniczek kończyn, powodując przez to lepsze ukrwienie chorej kończyny.

Wystarczy do tego celu wstrzykiwanie dwa razy dziennie po 0,1 chlorowodorku acetylcholiny, bez konieczności następowego powiększania dawek, bez niebezpieczeństwa jakichkolwiek powikłań i przy braku przeciwskazań. Same owrzodzenia goją się szybko, w ciągu paru tygodni i tylko w 5% nie udało się osiągnąć zagojenia, podczas kiedy przy stosowaniu wyłącznie miejscowego leczenia farmakologicznego (maści) odsetka niepowodzeń wynosi powyżej 30%

Nowsze sposoby leczenia trądzika (acne vulgaris). (*La Presse Med. Nr. 53, lipiec 1930*).

Stosowane dotychczas leczenie trądzika polegało w pierwszym rzędzie na przestrzeganiu pewnych ogólnych zaleceń higieniczno—dietetycznych, uwzględnianiu ewentualnych schorzeń współistniejących jak zaparcie nawykowe, cukrzyca, dna — wreszcie, na leczeniu szczepionkami i wyciągami z gruczołów dokrewnych (tarczyca, jajniki). W ostatnich latach zaczęto tu stosować z powodzeniem cały szereg nowych sposobów.

I Zamrażanie. Przygotowuje się rodzaj pasty z acetonu, siarki i skroplonego kwasu węglowego (w postaci śniegu), którą to pastę zakłada się na kawałek waty hygroskopijnej i naciera się nim skórę chorą, nie wywierając ucisku i nie pozostawiając waty tej dłużej na jednem miejscu. Skóra pokrywa się cieniutką warstewką siarki, którą zmywa się po 30 minutach. Zabieg ten powtarza się co tydzień (Giraudeau — Soc. Franc. de Dermat., 15 lipca 1929).

II. Leczenie bakterjofagiem. Nakłuwa się cieniutką igiełką każdy pęcherzyk ropny, wyciska się lekko jego zawartość i wprowadza do jego wnętrza parę kropel bakterjofaga wieloważnego (przedewszystkiem gronkowcowego). Tam, gdzie pęcherzyki są bardzo małe, zdrapuje się ich powierzchowne warstwy i zwilża się skórę bakterjofagiem. Sposób ten jest szczególnie wskazany w postaciach silnie zakaźnych.

III. Leczenie promieniami pozafiołkowemi (kwarcówka) — w dawkach dużych (od 10 — 12 minut począwszy) dających odrazu silne zaczerwienienie, lub w powtarzanych przez czas dłuższy dawkach małych (od 2 minut — codziennie lub co 2 dni); w tym ostatnim przypadku leczenie trwa od 4 do 6 tygodni. Leczenie promieniami pozafiołkowemi jest wskazane zwłaszcza w przypadkach ze znacznem zaczerwienieniem skóry.

IV. Stosowanie naświetlań rentgenowskich ma tutaj na celu wykorzystanie ich własności przeciwzapalnych i złuszczających. Stosuje się najwięcej naświetlania powierzchowne, bez filtru. W 60% przypadków otrzymuje się wyleczenie po 2 — 3 miesięcznej kuracji; najlepsze wyniki osiągnięto w postaciach wielokształtnych ze zbliznowaceniem (acne indurata). W Stanach Zjednoczonych Am. Półn. sposób ten uważa się za metodę z wyboru w leczeniu trądzika.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ALLOCAÏNE
LUMIÈRE

ZNIECZVLANIE MIEJSCOWE ● ZNIECZVLANIE RDZENIOWE

Chlorhydrat para-amino-benzoyl dietylamino-etanol

Środek do **znieczulania miejscowego i rdzeniowego.**

ZALETY:

1) minimalna toksyczność,

2) działanie zawsze pewne i niezawodne,

3) brak jakichkolwiekbądź ujemnych działań,

4) stały skład chemiczny (nie psuje się pod wpływem czasu i światła).

WSKAZANIA:

A. **ZNIECZULANIE MIEJSCOWE w chirurgji, otolaryngologji, ginekologji** (operacje: szyjki macicznej, na kroczu), **odontologji.**

B. **ZNIECZULANIE RDZENIOWE w chirurgji i ginekologji** (operacje brzuszne).

POSTACI:

Allocaïne	Lumière	A	$1/2$%	amp.	(1 amp. à 25 ccm)	z adrenaliną
„	„	AA	1%	„	(3 amp. à 10 „)	„
„	„	B	2%	„	(6 amp. à 2 „)	„
„	„	B	2%	„	(50 amp. à 2 „)	„
„	„	BB	2%	„	(100 amp. à 1 „)	„
„	„	C	5%	„	(6 amp. à 3 „)	„
„	„	J.	10%	„	(5 amp. à 2 „)	bez adrenaliny

PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ
Próby bezpłatne na żądanie WPP. Lekarzy.

L. NASIEROWSKI
Warszawa, Kaliska 9. tel. 124-39; 30-42.